

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 205

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1904, à 1 heure

PAR

André CAYROL

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA BRIÈVETÉ

du Cordon Ombilical

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : MM. BERGER et DE LAPPERSONNE, professeurs.
MAYGRIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
Clinique gynécologique.....		KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....		

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
Sur le Diagnostic de la Brièveté
DU CORDON OMBILICAL

INTRODUCTION

La lecture de nombreuses observations relatant les accidents consécutifs à la brièveté du cordon ombilical, publiées par les auteurs anciens, modernes ou contemporains, nous a montré que le diagnostic de la brièveté du cordon ombilical avait été exceptionnellement posé.

Sans nier la difficulté, parfois insurmontable, de ce diagnostic, nous croyons — et des observations en font foi — que l'on peut entrevoir assez souvent cette anomalie et la rattacher à sa véritable cause.

Il n'est pas utile d'attendre des accidents pour soupçonner une brièveté du cordon ombilical : des

signes existent, peu pathognomoniques sans doute, mais suffisants pour constituer un ensemble d'indications qui pourront guider l'accoucheur.

Faire ressortir la valeur séméiologique des symptômes de la brièveté du cordon ombilical, décrire les complications, établir une distinction entre les différentes variétés de brièveté, la différencier d'affections à symptomatologie connexe et pouvant la simuler, tirer une conclusion de l'ensemble des faits observés, tel est le but de ce modeste travail.

Division du sujet.

CHAPITRE I. — *Considérations préliminaires.*

CHAPITRE II. — *Diagnostic de la brièveté du cordon ombilical.*

CHAPITRE III. — *Accidents causés par la brièveté du cordon ombilical.*

CHAPITRE IV. — *Nature de la brièveté du cordon ombilical.*

CHAPITRE V. — *Symptômes se rattachant aux différentes variétés de présentation.*

CHAPITRE VI. — *Diagnostic différentiel de la brièveté du cordon ombilical.*

CHAPITRE VII. — *Diagnostic des complications.*

CHAPITRE VIII. — *Conclusions.*

HISTORIQUE

Signalée dès la plus haute antiquité, la brièveté du cordon ombilical a été surtout étudiée par les auteurs des xvii^e et xviii^e siècles.

Peu (1694) la considère comme « une des plus épineuses difficultés qui a de quoi tromper la prudence des plus habiles et mettre à bout la main la plus expérimentée dans la pratique ».

De Lamotte (1715) et Mauriceau (1721) publièrent de nombreuses observations et firent valoir l'importance de certains signes.

Smellie (1754), Levret (1766-1770) confirmèrent dans leurs publications, les connaissances établies et insistèrent sur la nécessité d'opposer à cette anomalie une thérapeutique énergique.

Burton (1771) conseille la section du cordon ombilical lorsque la tête est retenue dans les voies génitales par des circulaires.

Leroux (*Observations sur les pertes de sang*, 1776) signale des cas d'hémorragies du travail consécutives à la brièveté du cordon.

Puzos dès 1759 s'élève contre l'opinion accréditée

alors et affirme que le temps et la patience suffisent ordinairement pour surmonter les difficultés de la brièveté du cordon.

Mais Baudelocque (1789), fut surtout le grand promoteur d'une théorie nouvelle et écrivit que les craintes des anciens accoucheurs devaient se changer en absolue quiétude. Les signes décrits n'ont aucune valeur réelle, et le fameux mouvement d'abaissement et de retrait de la tête fœtale qui était le pivot de l'argumentation n'a aucun rapport avec la brièveté du cordon, mais doit être attribué à l'élasticité du périnée et des grandes lèvres de la femme.

Les élèves et partisans du maître sont bien plus affirmatifs que lui ; malgré les mécomptes signalés par Baudelocque dans sa seconde édition du *Traité d'accouchements*, ils assurent l'innocuité de cette anomalie.

Mme Lachapelle, Gardien, Maygrier, Moreau, Nœgelé..., n'attachent aucune importance aux signes admis par les anciens auteurs et pensent même qu'avant la sortie du fœtus il n'est pas de moyens permettant de reconnaître cet accident.

Malgouyré (1805), Gasc (1810), mais surtout Guillemot (1834), dans sa thèse inaugurale précédée des publications de Guillemot aîné (1831), remirent à l'ordre du jour l'importance de la brièveté du cordon ombilical comme cause possible de dystocie.

Ce dernier auteur montre la fréquence assez grande de la brièveté du cordon ombilical et surtout de la brièveté relative. Critiquant les signes connus jus-

qu'alors, il admet ce mouvement de va et vient de la tête fœtale, mais il le considère comme vraiment pathognomonique, lorsqu'en se produisant il s'accompagne d'une douleur localisée au point d'insertion de la masse placentaire.

Velpeau (1835), Cazeau (1844), Jacquemier (1845), contribuent à accréditer auprès du monde médical la conception de Guillemot sur la brièveté du cordon.

En 1862, Devilliers fit paraître une étude basée sur 25 observations personnelles et insiste sur les signes très souvent observés : la persistance à l'élévation du fond de l'utérus, la rénitence utérine, le souffle ombilical.

Charrier, en 1867, publie une étude sur la valeur séméiologique de ce souffle décrit la première fois par Kennedy en 1830, et montre ses rapports avec un état de souffrance du fœtus.

Chantreuil (1875), reprenant la question dans son ensemble donna aux notions acquises l'appui de son incontestable autorité.

Le professeur Grynfeldt (1882) montra le rapport qui pouvait exister entre la brièveté du cordon et la difficulté d'opérer une version par manœuvres externes. Le mémoire de Lefour (1888) et les observations du professeur Budin confirmèrent cette acquisition d'une grande importance diagnostique.

Les thèses de Rousseau-Dumarcet (1892), de Lehman (1898), les observations de Siron, Audebert, Maygrier et Cathala, etc.... complétèrent les notions

sur les hémorragies consécutives à la brièveté du cordon.

Les discussions médico-légales, rapportées dans la thèse de Lamare (1888), ont bien déterminé la possibilité de la rupture du cordon et ses conséquences.

Enfin les thèses de Fournier (1867), Compagnon (1879), Guesde (1881), Leray (1892), Joy (1895), et de nombreuses observations ont bien mis en lumière tout ce qui pouvait se rapporter à la brièveté du cordon ombilical.

CHAPITRE I

Considérations préliminaires.

Le cordon ombilical chez un enfant né à terme mesure en moyenne de 45 à 60 centimètres : nombreuses sont les exceptions. En effet, le cordon ombilical peut être trop long ou trop court et seule cette dernière variété nous occupera.

La brièveté de la tige funiculaire tient, soit à un arrêt de développement, soit à une anomalie survenue au cours de la grossesse ; d'où, deux variétés de brièveté : la brièveté naturelle et la brièveté acquise.

La forme naturelle est rare : sur 5.000 accouchements environ, Peu ne l'a constatée que quatre fois. Tarnier trouva sur 2505 cordons examinés que le plus court mesurait 14 centimètres. Leray, dans une statistique plus récente, mentionne 10 centimètres comme longueur minima. Enfin on a signalé l'absence complète de cordon ombilical et des longueurs

variant de 6 centimètres 5 (Malgouyré) à 12 centimètres 7 (Reale et Meissner), et 28 centimètres (Devilliers).

Nous avons relevé l'observation d'un cordon ombilical de 20 centimètres, un de 24 centimètres et cinq de 25 centimètres.

Si la brièveté naturelle est assez rare, la brièveté acquise est par contre d'une très grande fréquence. Elle peut ressortir de causes multiples dont nous retiendrons surtout les circulaires.

Les nœuds du funicule, en effet, peuvent bien déterminer un raccourcissement ; il est d'ordinaire insuffisant pour porter obstacle au mécanisme normal de l'accouchement. Si l'on a publié des observations relatant des cas de mort du fœtus, une critique serrée montre qu'elles sont d'un caractère peu probant.

Les affirmations de Depaul, renforcées par les expériences de Tarnier, Dufour, Guesde, ont fait justice des théories premières.

Autrement importante est l'étude des circulaires du cordon. Guillemot les a observés une fois sur cinq accouchements. Meyer et Reale ont établi des proportions identiques d'après leurs statistiques. Weidmann les signale une fois sur huit. Chantreuil, sur 605 accouchements en mentionne 176 avec circulaires (une fois sur 6) et Leray trouve un rapport de une fois sur 9.

Les tours sont ordinairement simples ou doubles. Mais Rouzé, Bailey, Campbell, rapportent des cas de

six circulaires. Nous-même en signalons un cas. Baudelocque publie une observation où sept circulaires furent constatés, et Mme Waldvagel un cas de huit circulaires.

OBSERVATION I (Résumée).

Archives de la Maternité de l'Hôpital de la Charité.

Service de M. MAYGRIER. Année 1901, n° 459.

*Accouchement normal. — Six circulaires du cordon. —
Longueur du cordon : 90 cent.*

Berthe D..., 25 ans, secondipare.

Grossesse normale. Début du travail à 7 h. 30 du matin ; dilatation complète à 9 h. 15.

Sommet en OIDP. A 9 h. 30 on constate que du méconium sort du vagin, les bruits du cœur du fœtus se ralentissent et ne s'entendent pas très nettement. On se prépare à faire une application de forceps ; mais auscultant de nouveau on trouve que les battements cardiaques ont repris leur rythme normal. Après quelques douleurs, la tête accomplit sa rotation et apparaît à la vulve. Mlle Hiémard la dégageant constate que l'enfant présente autour du cou six circulaires et une anse du cordon.

Les deux premiers sectionnés entre deux pinces et les autres étant réclinés, l'extraction du tronc et des membres inférieurs ne présente aucune difficulté.

Délivrance spontanée quelques minutes après. Le placenta pèse 480 grammes.

Le cordon mesure 90 centimètres.

Si, habituellement, c'est autour de la région cervicale que le cordon s'enroule, il n'est pas exceptionnel de constater des circulaires du tronc, des circulaires des membres, et dans certains cas le fœtus peut être à cheval sur son cordon.

Dans quelles limites la brièveté du cordon entraîne-t-elle un obstacle à l'accouchement ? Puzos affirmait que mesurant moins de quatre pieds de longueur, le cordon ombilical expose à des accidents. Des expériences ont été entreprises, et Devilliers tout d'abord, puis successivement Chantreuil, Lamare, Leray, Audebert, ont fixé d'une manière toute mathématique, les conditions dans lesquelles l'accouchement est possible, difficile, ou impossible.

En clinique, l'absolu ne saurait trouver place. Les chiffres, en effet, n'ont que la valeur qu'on veut bien leur attribuer, et il est d'observation courante de constater qu'un accouchement se produit normalement avec un cordon court quand tel autre, avec un cordon peu raccourci, voire même normal, offre des difficultés.

OBSERVATION II

Archives de la Maternité de l'Hôpital de Lariboisière.

Service de M. BONNAIRE. Année 1902, n° 1099.

Accouchement spontané à terme. Fille vivante pesant 3400 grammes. Délivrance spontanée. Cordon : 20 centimètres de longueur. Durée du travail : 3 heures.

Louise C..., secondipare. Cyphose du côté droit, épines ischiatiques saillantes.

Grossesse normale. Début du travail le 26 septembre à 8 heures du soir. Dilatation complète à 10 h. 50 du soir. Expulsion normale et spontanée d'un enfant du sexe féminin de 3400 grammes.

Durée du travail : 3 heures. Délivrance spontanée, 50 minutes après l'accouchement. Cordon : 20 centimètres.

OBSERVATION III

Archives de la Maternité de l'Hôpital de la Charité.

Service de M. MAYGRIER. Année 1898, n° 527.

Accouchement normal à terme. Cordon : 25 cent. Durée du travail : 5 heures.

X..., 28 ans, ressent les premières douleurs le 3 octobre 1898 à 2 heures du matin. La rupture des membranes se fait spon-

tanément à la dilatation complète qui a lieu à 7 heures du matin et l'expulsion se produit aussitôt.

La durée du travail a été de 5 heures. Le cordon mesurait 25 centimètres.

Faut-il donc admettre, avec Fournier et Lamare, qu'avec un cordon de 25 centimètres, 30 pour Leray, il y ait imminence d'accidents lorsque le fœtus se présente par le sommet ? Nous ne saurions l'admettre.

La brièveté, en effet, est une anomalie toute relative et la capacité de la cavité utéro-vaginale, la rétractilité du myomètre, sa dépression possible, un fœtus peu volumineux, un cordon extensible, un placenta inséré bas, peuvent fort bien la compenser. Pour ces mêmes raisons la définition de Chantreuil et de Charpentier nous paraît inacceptable, car en disant que la « brièveté commence quand le cordon est assez tendu entre le placenta et le fœtus pour qu'il n'en reste point de partie disponible qui permette à l'enfant d'être expulsé par les voies génitales » ils ne tiennent pas suffisamment compte de la variabilité de ces différents facteurs.

Nous ne saurions prétendre trancher la question : On sait combien la clinique est fertile en surprises, et notre rôle consistera surtout à bien mettre en relief les incidents qui peuvent se produire, et pendant la grossesse et pendant l'accouchement lorsqu'il y a brièveté du cordon ombilical.

CHAPITRE II

Diagnostic de la brièveté du cordon ombilical.

« Tout observateur attentif accordera certainement que, si l'on voulait vraiment attacher quelque importance aux phénomènes mentionnés par les auteurs il faudrait nécessairement admettre dans presque tous les accouchements une brièveté du cordon ombilical. »

Telle est l'assertion de Scanzoni, qui eut un profond retentissement : elle est notoirement exagérée.

Les discussions qu'ont suscitées les dangers fictifs pour les uns, trop manifestes pour les autres, de la brièveté du cordon ombilical, ont entraîné les auteurs à une juste critique des symptômes énumérés. Il existe des signes, nettement décelables par l'accoucheur et qui peuvent permettre le diagnostic, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

I. — *Pendant la grossesse.*

Exceptionnellement la brièveté du cordon ombilical se révèle pendant la grossesse : mais l'exception se produit parfois. Vers le neuvième mois, apparaissent de *violents maux de reins* bien caractérisés par Mauriceau. Devilliers insiste aussi sur ce symptôme constaté huit fois sur 25 observations personnelles et dont la date d'apparition a varié de plusieurs semaines à quelques jours ou heures avant le vrai travail.

Sans nier la douleur, c'est un phénomène trop subjectif pour lui accorder une valeur quelconque, d'autant plus que nombreuses sont les causes, pendant la grossesse, susceptibles de la déterminer. D'ailleurs le professeur Depaul n'a-t-il pas signalé certaines femmes qui « ont le triste privilège d'éprouver des douleurs de reins à tous leurs accouchements » ?

Mais, si la douleur spontanée a peu de valeur diagnostique, la *douleur provoquée* est un symptôme très important. Guillemot, Ossiannder, Wigand, ont montré que les mouvements du fœtus déterminant une traction sur la tige funiculaire entraînent une douleur au point d'insertion placentaire.

Le palper, pendant la grossesse, peut être fertile en enseignements : la présentation fœtale est nette-

ment sentie au-dessus du détroit supérieur. Mobilisable à l'excès en certaines circonstances, elle l'est fort peu dans d'autres et exceptionnellement, l'on constate une tendance, soit à la fixation, soit à l'engagement.

Le rapport étroit entre le fœtus et la masse placentaire, détermine une asymétrie nettement décelable à la palpation. Parfois il existe une contiguité telle que des adhérences s'établissent entre l'arrière-faix et le fœtus (*Obs. Piés de Mayence in Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 692).

Enfin, la persistance de l'élévation du fond de l'utérus, bien mise en lumière par Devilliers, ainsi que la résistance du muscle utérin, sont des signes utiles à rechercher.

OBSERVATION IV

Brièveté accidentelle du cordon ombilical. — Symptômes divers.
— *Lenteur des premières périodes du travail. — Rupture artificielle des membranes. — Terminaison spontanée* (DEVILLIERS. — *Recueil Mém et Obs... obs. VI, p. 176*).

Femme de 25 ans, bonne constitution, bonne conformation du bassin. Accouchée la première fois il y a cinq ans. A eu sa grossesse troublée par des accidents intestinaux, gastro-entéralgiques.

L'utérus qui chez elle avait commencé à s'abaisser au commencement du dernier mois de sa grossesse se releva pendant

les dix ou douze derniers jours et acquit même un volume plus considérable et une tension plus forte.

Deux ou trois jours avant l'apparition des douleurs régulières, cette dame ressent des douleurs de reins et de bas-ventre. Le 5 novembre 18 elles deviennent plus vives, régulières et augmentent d'intensité à 11 heures du matin. A 3 heures du soir, le col est incomplètement effacé. Ses bords, quoiqu'un peu dilatables, sont encore épais. Le corps de l'utérus offre toujours une résistance et une tension uniformes, mais sans fluctuation sensible. Je reconnais une présentation du sommet en OIG, tant à l'aide du toucher que de l'auscultation qui me décèle en outre un bruit de souffle ombilical très distinct, très fort, sur toute l'étendue d'une ligne oblique partant du milieu des fausses-côtes gauches pour tomber vers l'extrémité interne du ligament de Poupart gauche et s'étendant même un peu à droite ; ce bruit de souffle coïncide à peu près avec le deuxième temps des battements du cœur fœtal. Les douleurs, ayant toujours leur siège vers la région lombaire et le pubis, deviennent plus énergiques, à 6 heures du soir.

La dilatation progresse, et à 9 heures et demie nous la trouvons presque complète, les membranes saillantes et résistantes et pensant que la lenteur que j'observe dans la marche du travail, malgré les conditions bonnes du reste, tient à un peu de tension de l'utérus par le liquide amniotique, j'ouvre artificiellement la poche des eaux qui n'en laisse écouler cependant qu'une médiocre quantité. Cette petite opération hâte l'apparition des douleurs d'engagement qui sont d'abord peu prononcées et troublées par l'état général d'irritation nerveuse de la malade. J'ajoute que le sommet affectant la position indiquée plus haut, s'engage, légèrement incliné, sur la bosse pariétale gauche.

Cependant les douleurs d'engagement se régularisent, deviennent plus efficaces, mais je remarque que vers la fin de chacune d'elles la femme accuse une douleur très vive, très poignante vers la région lombaire, douleur qu'elle redoute et cherche à éviter en même temps que la tête s'arrête et éprouve même un léger retrait. Ce retrait devient plus évident quand le vertex commence à entr'ouvrir les lèvres de la vulve et surtout au moment où il est prêt de les franchir. Alors la douleur terminale des reins n'est plus aussi vive. L'expulsion a lieu à 10 heures et demie du soir. L'enfant est une fille robuste, portant autour du cou une anse du cordon passant en écharpe sur le dos. Elle naît dans un état congestif et évacue une bonne partie du méconium et est ramenée à l'aide des moyens ordinaires. Délivrance ordinaire. Le cordon mesure 54 centimètres et la partie restée libre est évaluée à 10 ou 15 centimètres.

Quel rapport existe-t-il entre les vices de présentation du fœtus et la brièveté du cordon, tel est un point sur lequel *le palper* nous renseignera nettement. A la suite de la publication d'une « note sur la brièveté du cordon ombilical comme cause de présentations vicieuses », par Dumeaux, il est devenu classique d'admettre qu'entre un cordon court et une présentation de l'épaule, par exemple, il y a relation de cause à effet. Tel est aussi l'avis de Zeller, Ossiander, Yœrg, cités par Kohlschratter qui renverse la proposition et admet que la présentation de l'épaule, par exemple, est cause de la brièveté.

Théoriquement, la proposition de Dumeau paraît valable, et il nous semble bon de citer le cas de présentation de la face rapporté par Carbonelli (1892):

Tenant une version pour un accouchement qui ne se terminait point, cet auteur trouva le cordon enroulé autour du cou. « Il passait dans le creux axillaire droit sur la clavicule gauche et faisait trois circulaires autour du cou. De là, il se rendait au placenta en passant sous l'angle droit du maxillaire inférieur et il maintenait ainsi la face défléchie. »

Compagnon, dans sa thèse de doctorat, ayant, en plusieurs tableaux, examiné toutes les causes de présentations du siège, de l'épaule, de la face, observées à l'hôpital des cliniques pendant sept ans, conclut tout différemment que Dumeau, et n'admet pas la brièveté comme cause de présentation vicieuse. La lecture des observations nous a aussi montré que les présentations du sommet étaient de beaucoup les plus fréquentes.

Veut-on, pendant la grossesse, déterminer une mutation dans l'orientation du fœtus par manœuvres externes, la brièveté du cordon peut être, alors, une difficulté des plus épineuses. L'évolution fœtale est souvent gênée, parfois impossible, et si la tête, au prix de grands efforts, est amenée au-dessus du détroit supérieur, son maintien y est difficile. On constate, en effet, soit aussitôt, soit quelque temps après l'intervention, que la tête a repris sa situation première, et il n'est pas rare de la suivre dans ce mouvement.

Cette difficulté de la version, qui en devient une contre-indication, a été d'abord nettement mise en

lumière par l'observation de Grynfelt, le mémoire de Lefour et l'observation de Budin.

OBSERVATION V (résumée)

Céphalo-iliaque gauche, dorso-antérieure. — Tentatives infructueuses de réduction céphalique par manœuvres externes. — Réduction pelvienne faite sans difficulté. — Accouchement rapide. — Trois circulaires serrés autour de la région cervicale (GRYNFELT. — Quelques réflexions sur la version par manœuvres externes, Montpellier, 1882, p. 16).

Mme C... est enceinte pour la septième fois.

Premier accouchement en présentation crânienne il y a 10 ans, terminé au forceps par le professeur Moutel. Enfant mort.

Les deux suivants, tout à fait spontanés, également en présentation du sommet, sous la direction d'une sage-femme. Enfants vivants.

Il y a quatre ans, j'ai assisté pour la première fois Mme C... Accouchement par le siège, très rapide. Enfant vivant.

Il y a deux ans, après une grossesse très pénible (phénomènes de congestion pulmonaire intense, hémoptysie à deux ou trois reprises), accouchement à terme en présentation céphalo-iliaque droite dorso-antérieure, méconnue jusqu'au moment de la rupture de la poche amniotique. Je fus forcé de pratiquer la version podalique classique. La saisie du pied de l'enfant et l'évolution furent faciles, mais l'extraction fut impossible et je dus aller à la recherche de l'autre pied que je n'atteignis qu'après

plusieurs tentatives infructueuses. L'extraction de la tête fut des plus difficiles. L'enfant succomba ; il pesait 5537 grammes.

L'an passé, sixième grossesse chez Mme C..., terminée par un avortement de deux mois.

Enfin au mois d'avril dernier, fin de la septième grossesse à terme en première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche dorso-antérieure). Cette position étant bien reconnue, je me mis aussitôt en mesure de repousser avec ma main droite la tête vers l'orifice du détroit supérieur, tandis qu'avec ma main gauche je repoussais en haut le siège du fœtus qui occupait le flanc droit.

Je renouvelai cette manœuvre trois ou quatre fois dans l'intervalle des contractions utérines et j'échouai toujours dans mon entreprise. La tête s'abaissait un peu, mais remontait aussitôt, comme si un lien l'eût tirée vers le fond de la cavité utérine. Pour être franc, je dois dire que je ne pensais pas du tout à l'action du cordon ombilical raccourci pour produire cet effet. J'étais quelque peu embarrassé, mais je ne voulais pas exercer de pressions trop fortes. L'idée me vint aussitôt de tenter la manœuvre inverse, de relever la tête et de faire descendre le siège. Quel ne fut pas mon étonnement ! Du premier coup je réussis : le siège vint occuper le détroit supérieur.

Pour l'y maintenir, je le fixai un instant avec mes deux mains suffisamment enfoncées pour atteindre le rebord du détroit supérieur. Un moment après, je conseillai seulement à la parturiente le décubitus latéral droit, de façon à empêcher le siège de remonter.

L'engagement ne se fit pas attendre, pas plus que la dilatation complète du col. A sept heures et demie avait lieu la rupture spontanée de la poche des eaux. A huit heures, l'accouche-

ment était terminé. Lorsque l'ombilic arriva à la vulve, sans que j'eusse exercé aucune traction, il me fut impossible d'attirer au dehors le cordon. Je commençai alors à me douter de ce qui existait.

Pendant que je le sectionnais, l'expulsion eut lieu spontanément.

Trois circulaires serrées existaient autour du cou de cet enfant. Il ne respirait pas ; tous mes efforts, continués pendant près de deux heures, furent inutiles pour le rappeler à la vie (flagellation, frictions stimulantes, respiration artificielle, insuflation pulmonaire, bains chauds). C'était encore un petit garçon du poids de 3.525 grammes.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION VI

Sacro-iliaque gauche antérieure. — Tentatives infructueuses de version céphalique par manœuvres externes. — Hémorragie utérine. — Accouchement à terme. — Enfant vivant avec deux circulaires autour du cou. — Décollement partiel du placenta pendant la grossesse.

Madame R..., âgée de 35 ans, a marché un an après sa naissance.

A 5 ans, elle avait eu la rougeole ; à 12 ans, une pneumonie ; à 32, une bronchite aiguë.

Réglée à 11 ans 1/2, toujours bien réglée.

Mariée en septembre 1884, a eu ses dernières règles le 1^{er} octobre de la même année.

Le 2 décembre. — Sans cause appréciable, survient une perte de sang accompagnée de coliques utérines.

Le 9 décembre. — L'œuf est expulsé.

Un an plus tard, une seconde fausse couche.

En 1886, une troisième grossesse apparut ; cette dame crut devoir prendre conseil d'un accoucheur.

Ces conseils furent scrupuleusement suivis.

Au palper, je constatai une présentation du siège complet en sacro-iliaque droite postérieure, dans un utérus distendu par une grande quantité de liquide amniotique.

Je fis la version céphalique par manœuvres externes. Mais la tête remontait toujours au fond de l'utérus.

Le surlendemain, je fis de nouvelles tentatives, mais le résultat fut négatif.

Les battements du cœur étaient normaux.

Le lendemain, Madame R... me faisait appeler pour une perte sanguine qui s'était produite deux heures après mon départ. Immédiatement, je songeai à un décollement placentaire dû à la brièveté du cordon. L'écoulement sanguin était modéré. La circulation fœtale n'était nullement troublée. Le repos et quelques lavements laudanisés furent la base du traitement.

Le 1^{er} février Madame R... entra en travail et expulsait assez rapidement au dehors de l'orifice vulvaire la moitié inférieure du tronc.

J'essayai inutilement de faire une anse de cordon qui était fortement tendu ; le doute n'était plus possible, le cordon était enroulé autour du cou du fœtus. Je fis alors pincer par la garde la tige funiculaire assez loin de l'ombilic, et je sectionnai. Le cou arriva à la vulve et je constatai deux circulaires, je terminai vite l'accouchement.

L'enfant étant en état de mort apparente, je fus obligé, la ligature du cordon étant faite, de recourir à des immersions successives dans l'eau chaude et dans l'eau froide pour le ranimer. Pesé le lendemain, son poids, malgré l'expulsion du méconium, atteignait 4 kilogr. 100. Ce baby est aujourd'hui un superbe garçon de 16 mois.

La délivrance se fit spontanément, presque aussitôt après la sortie de la tête.

Le cordon, de volume moyen, avait 70 centimètres de longueur, son insertion placentaire était marginale, à 5 centimètres du bord de l'orifice.

La face utérine du délivre, à ce niveau, dans une étendue de 7 centimètres, en suivant la circonférence du placenta, et de 2 centimètres normalement à cette circonférence, était noirâtre ; les villosités choriales étaient agglutinées par des caillots fibrineux très adhérents. C'était, à n'en pas douter, le reliquat d'un décollement et d'une hémorragie consécutive. Ce qui, d'ailleurs, vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que la portion membraneuse du bord du placenta présentait une coloration noirâtre.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION VII

Présentation du siège. — Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. — Enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. — Insertion vélamenteuse du cordon (Budin, Arch. de Tocologie, 1889, p. 69).

Mme X..., 32 ans. Primipare. Dernières règles, fin de jan -

vier 1888. Grossesse bonne. Je la vois le 18 octobre. Présentation de l'extrémité pelvienne en SIGP. Quantité de liquide amniotique normale; bassin bien constitué. Le 25 octobre, nouvel examen, même présentation. Tentatives de version qui restent infructueuses. Je parvins à faire descendre la tête de haut en bas dans le flanc et au voisinage de la fosse iliaque du côté droit, mais quand je cesse d'appuyer sur elle, elle remonte au fond de l'utérus. J'essaie de passer la tête du côté opposé; mais dès que, allant de droite à gauche, elle est arrivée au niveau de l'hypochondre gauche, elle reste en place; il m'est impossible de l'abaisser. Le 1^{er} novembre, la situation du fœtus n'avait pas changé; je renouvelle une tentative. Le 3 novembre, j'essaie de nouveau sans plus de succès. Je prends le parti, craignant qu'il y ait des circulaires du cordon autour du cou du fœtus, d'attendre avec patience l'accouchement.

Premières douleurs le mardi 6 novembre, à 9 heures du soir. Présentation en SIGP. Je tente encore une fois la version; je ne puis pas.

Travail régulier toute la nuit. Le 7, à 8 heures du matin, col complètement effacé et commencement de dilatation. A 3 heures de l'après-midi, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Siége décomplété, mode des fesses au niveau du détroit supérieur. Pas d'engagement. A 4 heures je me décide à intervenir.

Chloroformisation. Introduction de la main gauche dans les organes génitaux. Je pénétrai dans l'utérus en avant et à droite, je suivis la fesse gauche du fœtus et fus assez heureux pour trouver le pied que j'abaissai. Profitant du retour des contractions utérines, je procédai au dégagement en me promettant de surveiller la situation exacte du cordon. Lorsque le siége fut

sorti et l'ombilic rendu à la vulve, je tentai de faire une anse au cordon ombilical, en tirant sur lui de haut en bas ; je fus vite arrêté par la résistance de la tige funiculaire. Une contraction très forte détermina presque immédiatement la sortie du reste du tronc et des deux épaules. Je constatai alors que, partant de l'ombilic, le cordon passait sur la partie latérale gauche de l'abdomen, gagnait le dos, qu'il suivait de gauche à droite pour venir passer sous l'aisselle du côté droit ; là, il se trouvait placé entre le tronc et le bras ramené sur la partie antérieure de la poitrine. Le cordon gagnait ensuite le fond de l'utérus.

Je dégageai facilement la tête. L'enfant fut maintenu près de la vulve et, après la cessation des battements, je sectionnai la tige funiculaire.

La petite fille bien portante pesait 3.120 gr. Délivrance normale une demi-heure plus tard. L'insertion du cordon était vélamenteuse : il arrivait sur les membranes à 5 centimètres du bord du placenta et ses trois vaisseaux se divisaient pour se rendre séparément sur les cotylédons.

Le cordon mesurait dans sa totalité 37 centimètres de longueur.

Dans son *Traité du palper*, à peine M. le Professeur Durand a-t-il insisté sur cette difficulté d'opérer la version, et il déclare (*Soc. obs. gyn. et Péd.*, 9 mars 1903), que les circulaires peuvent fort bien glisser au cours de la version par manœuvres externes. Nous ne saurions admettre pareille conclusion.

En somme, ce diagnostic de brièveté en général, est difficile pendant la grossesse, et l'on devra se

baser sur la douleur nettement localisée pendant les mouvements du fœtus, sur la difficulté de la version et sur la persistance de l'élévation du fond de l'utérus. En cherchant à déterminer cliniquement la variété de brièveté, quelques signes importants pourront corroborer ces derniers.

II. — *Pendant le travail.*

Pendant le travail comme pendant la grossesse la brièveté du cordon ombilical peut passer inaperçue ; lors du dégagement on constate, soit des circulaires, soit un cordon court naturellement.

Dans certains cas, au contraire, la symptomatologie est assez nette pour que, durant le travail, la brièveté du cordon ombilical soit reconnue.

Les symptômes fonctionnels se dessinent tout d'abord. Des douleurs particulièrement pénibles « rejaillissent vers les reins », dit Mauriceau ; très prononcées au début du travail, au point de faire pousser des cris effroyables à la parturiente, elles peuvent, dans certains cas, s'affaiblir, s'espacer, et il n'est pas exceptionnel d'assister à une véritable rétrocession du travail.

OBSERVATION X (Résumée).

Rétrocession du travail. — Souffle funiculaire. — Hémorragie.
(Thèse de Joy. Obs. I. Paris 1895).

Secondipare. Première grossesse normale.

Grossesse actuelle : Souffle funiculaire très net à gauche. Présentation OIDP.

Premières douleurs le 10 juin 1887 à 9 heures du matin.

Au palper, on constate une présentation du sommet en GA. Un fruit de souffle déjà constaté pendant la grossesse est très net à gauche. Le col a toute sa largeur, est perméable et dilatable. Les douleurs sont plus fréquentes à midi.

Sous l'influence des contractions, le col s'efface ; on constate une dilatation de cinq centimètres environ. Mais dès que la douleur cesse, la dilatation disparaît et le col reprend sa longueur, ce phénomène est vérifié en maintenant le doigt à demeure dans le col pendant les contractions et les intervalles qui les séparent. A neuf heures du soir, la dilatation est presque complète, mais les douleurs deviennent moins fortes et moins fréquentes, puis cessent complètement et la tête remon-
tant, le col revient sur lui-même et reprend sa longueur.

Le 23 juin, 13 jours après, apparaissent de nouvelles douleurs. Le souffle funiculaire persiste très net. A 4 heures, la tête s'engage, le col s'efface peu à peu et ne revient pas sur lui-même après les contractions. Du sang pur s'échappe des parties génitales indemnes de toute lésion. A 8 heures, la tête sort de la vulve en rompant les membranes et l'on trouve deux circulaires autour du cou.

L'enfant est cyanosé, le placenta sort presque immédiatement après ; le cordon mesure 54 centimètres.

Parfois au contraire les douleurs sont, dès le début, très mal caractérisées et ne deviennent pas nettement expultrices. La diversité de ces caractères doit mettre en garde contre la valeur de ce symptôme : au sujet des douleurs très violentes, M. le

professeur Budin, dans une leçon clinique citait trois cas de douleurs à tel point pénibles qu'elles avaient nécessité une anesthésie chloroformique complète. Lors de l'accouchement on n'eut point à constater de brièveté du cordon ombilical.

OBSERVATION XI

Archives de la Clinique Tarnier. Service de M. le Professeur
BUDIN, 1903. N° 1496.

Douleurs très violentes pendant le travail. — Forceps au détroit supérieur. — Version podalique. — Rétraction du col. — Application de forceps sur tête dernière.

X., 25 ans, primipare. Premières douleurs 15 décembre 1903 à 8 heures du soir. La dilatation à 11 heures du soir est de deux centimètres. Les membranes sont intactes. Les douleurs vont en s'accroissant et présentent une telle intensité que la femme pousse des cris déchirants qui ament tout le personnel hospitalier et même le voisinage. Ces douleurs sont surtout localisées au niveau de la région lombaire. On administre du chloroforme à la reine qui n'amène pas de calme. Un grand bain tiède favorise la dilatation. Les bruits du cœur du fœtus devenant précipités, M. le Chef de Clinique décide d'in-

tervenir. La dilatation est presque complète et les membranes étant rompues, un liquide fortement teinté de méconium sort des organes génitaux. Application de forceps au détroit supérieur en gauche transverse. On amène facilement l'occiput sous la symphyse pubienne, puis les tractions restant inefficaces, le chef de clinique constate que le col est revenu sur lui-même et est fortement appliqué contre les cuillers de l'instrument. La version podalique est décidée. Le dégagement du tronc et des épaules se fait sans difficulté mais la manœuvre de Mauriceau est impossible ; le col s'étant appliqué contre le cou du fœtus. On fait une application de forceps et la tête est dégagée. La durée du travail a été de 23 heures. Enfant vivant du sexe masculin pesant 3000 grammes. Aspect étonné mais vite ranimé. Délivrance normale.

Toutefois, un caractère important de ces douleurs consiste en leur suppression brusque vers la fin de la contraction utérine alors qu'elles présentaient une intensité considérable. Ce signe, admis par Mauriceau, Smellie, Levret, Désormeaux, Guillemot, Chantreuil, Leray, a été expliqué par la cessation spontanée de l'effort, l'utérus étant trop douloureux, ou bien par une brusque inspiration exécutée instinctivement par la femme.

A part cette localisation à la région lombaire (Mauriceau), ces douleurs sont essentiellement diffuses.

On a décrit comme caractère typique de la brièveté du cordon ombilical la *fixité de la douleur en un point déterminé de l'utérus*, le fond ordinaire-

ment. Guillemot le premier a démontré que la localisation douloureuse correspondait au point d'insertion du placenta. Nœgelé et Velpeau ne lui reconnaissent pas de siège fixe. D'après Cade c'est au niveau de l'épigastre ; pour d'autres, au niveau de l'ombilic, que la douleur est particulièrement caractérisée.

En somme, une diversité si grande dans les opinions doit laisser circonspect et l'on n'attachera à la douleur qu'une importance accessoire en concluant avec Devilliers que le tiraillement du placenta lui-même doit se traduire, non par un point douloureux fixe, mais par une angoisse généralisée.

OBSERVATION X

Simple remarque à propos d'un cas de dystocie par enroulement du cordon autour du cou de l'enfant, par M. le docteur Mignot, médecin de l'hôpital Chantelle.

Dans la nuit du 25 janvier 1879, je fus appelé à la campagne pour accoucher une robuste paysanne de 28 ans, déjà mère de deux enfants.

Le travail durait depuis 24 heures. Bien que la tête du fœtus eût franchi le détroit supérieur, plusieurs heures s'étaient écoulées avant qu'elle avançât. Quelle était la cause de l'arrêt ? Elle ne provenait pas de la mère, dont le bassin offrait beaucoup d'ampleur, et l'utérus se contractait avec énergie ; quant au fœtus, on pouvait lui supposer un vice de conformation ; mais mon doigt, porté aussi haut que possible dans

l'utérus, n'y découvrit rien d'anormal qu'une bosse sanguine insuffisante à déterminer le point où existait l'obstacle.

Je dirai toutefois qu'au moment de chaque douleur, je fus frappé de sa violence, qui arrachait des cris à la patiente, à laquelle je ne soupçonnais pas un tel excès de sensibilité, après deux accouchements, où elle n'en avait pas fait preuve.

J'essayai de faire une application de forceps, mais je n'y pus réussir; puis tout à coup, sous l'influence d'un nouvel effort, la tête fit comme un saut en avant, franchit rapidement le détroit inférieur et parut à la vulve. Je constatai un enroulement du cordon ombilical autour du cou, dont il faisait une fois et demie le tour, et qui se tendait comme une corde prête à se rompre entre le cou et le placenta encore adhérent au fond de l'utérus.

Je pratiquai immédiatement la section du cordon pour interrompre la compression et le tiraillement qu'éprouvaient l'enfant et la matrice menacée d'inversion, et l'accouchement fut promptement terminé.

L'enfant avait subi un commencement d'asphyxie; il était cyanosé et sans mouvement. Quelques frictions énergiques le ranimèrent, et il fit bientôt entendre des cris et agita ses membres.

La lenteur désespérante du travail entraîne une série de troubles peu caractéristiques. Des *syncopes* ont été signalées. De Lamotte a insisté sur les *convulsions* déjà consignées par Peu, Mauriceau, Smellie. Une très grande irritabilité faisant bien vite place à un état de faiblesse extrême s'empare de la parturiente, des *frissons* apparaissent et Winckel a noté

une *élévation de la température* tandis que le poulx devient petit, filant, dépressible.

Ce tableau est impressionnant, mais sans crainte d'erreur il est facile de le rapporter à un certain nombre d'affections n'ayant avec la brièveté du cordon ombilical qu'un rapport très relatif.

Le peu de netteté des symptômes fonctionnels est compensé par la valeur plus probante de signes qui par leur nature objective même sont plus aisément décelables.

Comme pendant la grossesse le *palper* sera un auxiliaire précieux : le *défait d'engagement* déjà constaté pourra persister pendant toute la durée du travail et une intervention sera nécessaire.

OBSERVATION XIII

Eustache (Anne), 1879. — (*Journ. des Sages-Fem.*, p. 346).

Appelée auprès de Mme T., avenue de Neuilly, 160, le 3 juin 1879, j'arrivai près d'elle à 9 heures du matin ; elle avait, 12 heures auparavant, sous le coup d'une émotion vive, étant à terre, senti les premières douleurs et perdu des eaux ; presque toute la nuit elle avait souffert. Lorsque je la touchai, j'eus beaucoup de peine à arriver à l'utérus qui était très haut ; pas de dilatation, je ne sentis pas le fœtus ; au palper du ventre, il me parut bien placé ; le fond de l'utérus était relevé à droite ; tout semblait présager une bonne posture du sommet.

Pendant toute la journée, et une grande partie de la nuit, il

n'y eut que de rares et fugitives douleurs ; je ménageai les eaux le plus que je pus. Vers 5 heures du matin, les douleurs s'accrochèrent un peu, mais le fœtus ne descendait pas, et la tête formait saillie au-dessus du pubis. Aussitôt qu'il y eut un peu de dilatation, j'introduisis la main, et du bout des doigts je repoussai l'épaule gauche qui s'engageait et ramenai la tête à sa position normale, puis j'administrai 50 centigrammes d'ergot de seigle. Peu après, j'introduisis une seconde fois la main pour bien m'assurer que la bonne direction avait été prise. L'ayant reconnu, je donnai encore 50 centigrammes de seigle. Le fond de l'utérus qui avait été inerte jusqu'alors se contracte ; le fœtus descendait très lentement, les contractions n'étaient pas fortes. Je donnai de nouveau 1 gramme de seigle en deux fois.

Il y avait certainement un obstacle pour que l'accouchement ne se terminât pas plus vite, mais lequel ? Cet obstacle ne provenait pas du bassin qui est bien conformé, et les contractions étaient suffisantes. Alors j'ai pensé que le cordon ombilical pouvait être très court, ou former des circulaires sur l'enfant et enrayer ainsi l'accouchement. Aussitôt que la tête eût franchi à moitié la vulve et que je pus introduire un doigt, je coupai le cordon qui formait deux circulaires horriblement serrées autour du cou, et c'est le décollement du placenta (car il était décollé) qui nous a livré le fœtus.

Il était 10 heures 1/2 du matin ; l'enfant était mort. Il était mort asphyxié, peut-être aussi étranglé par le cordon relativement court (45 centimètres).

Cette tête haut placée, mobile malgré les contractions utérines, déterminera à la longue une fatigue de

la fibre musculaire qui réagira mal, et la *lenteur du travail*, parfois même *l'inertie*, en seront la conséquence.

OBSERVATION XII

Le Courrier médical, 3^{re} année, 1881, p. 122.

Observation du D^r L. Hamon de Fresnay.

Brièveté du cordon ombilical reconnue au cours des tractions manuelles. Extraction laborieuse d'un enfant en état d'asphyxie et qui s'est éteint au bout de onze heures.

3 décembre 1864. — Il s'agissait d'une primipare chez laquelle le travail n'avait aucune tendance à se terminer. J'appliquai le rétroceps, mais j'eus à lutter, pendant plus de deux heures, contre une tendance incessante au dérapement.

Je finis par soupçonner la cause de l'arrêt du travail. *A chaque effort manuel je voyais la tête effectuer, sur son axe, un mouvement assez étendu de rotation ; mais à peine abandonné à lui-même l'organe revenait à sa position primitive.*

Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cas de dystocie occasionnée par une brièveté du cordon ombilical.

Je dus m'armer de patience, et je finis par dégager le vertex. Alors je pus insinuer mon doigt jusqu'au cou, où je constatai la présence d'un circulaire du cordon, que je sectionnai avec quelque peine. A partir de ce moment, l'accouchement fut vite terminé.

Je mis au monde un enfant asphyxié qui mourut au bout de onze heures, sans avoir pu prendre pleine possession de la vie.

OBSERVATION XIII

Observation de la Maternité de Lariboisière. — Service de M. Bonnaire, année 1902. N° 795.

Accouchement spontané à terme. — Durée du travail : 11 h. 30. — Délivrance spontanée. — Cordon long de 0,30 centimètres.

Louise W..., primipare. Grossesse normale. Enfant en présentation OIGA. Les premières douleurs eurent lieu le 22 juillet à 2 h. 30 du soir. La dilatation fut complète le 23 juillet à deux heures du matin. La rupture des membranes fut tempestive.

L'accouchement eut lieu normalement le 23 juillet à trois heures du matin.

La durée totale du travail a été de 11 h. 30. La délivrance fut normale. Le cordon mesurait 0 m. 30. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV

Observation de la Maternité de Lariboisière. — Service de M. Bonnaire, année 1903, n° 53.

Marie Y..., 32 ans, eut huit grossesses normales.

Enceinte pour la neuvième fois, le travail débuta le 13 janvier

1903 à 11 heures du soir. La dilatation complète le 14 janvier à 11 heures du matin, l'expulsion du fœtus eut lieu spontanément à 11 h. 10 minutes.

Enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3450 grammes.

Délivrance normale ; le cordon a 27 centimètres de longueur.

OBSERVATION XV

Observation de la Maternité de Lariboisière. Service de
M. Bonnaire. Année 1903. N° 82.

Accouchement spontané de 8 mois et demi. — Garçon vivant pesant 2930 grammes. — Délivrance complète et spontanée. — Cordon long de 25 centimètres. — Ankylose sacro-coxygienne.

Louise L.... 33 ans et demi, primipare. Grossesse normale.

La femme présente une ankylose de l'articulation sacro-coxygienne, le muscle ischio coxygien est dur et résistant, son élasticité semble diminuée.

L'accouchement eut lieu le 20 janvier 1903, spontanément, après un travail dont la durée totale a été de 28 heures. La délivrance fut spontanée et normale. Le cordon avait une longueur de 25 centimètres.

Cette observation est intéressante par la coexistence de la brièveté du cordon et de l'ankylose sacro-coxygienne. Les douleurs ayant été normales et de bonne

nature, on est en droit de se demander si la longueur du travail n'a pas été déterminée par l'ankylose.

Mais il n'est pas exceptionnel d'observer une rapidité très grande du travail et l'accouchement se termine en quelques heures. Dans ces cas, surtout, les hémorrhagies sont fréquentes et aussitôt après l'expulsion du fœtus le délivre apparaît à la vulve.

OBSERVATION XVI

Observation de Malgouyré. — *Histoire de la médecine pratique de Montpellier, 1805, p. 144.*

Décollement incomplet du placenta. — Hémorragie. — Expulsion du placenta après le fœtus. — Brièveté du cordon.

J'ai rencontré, pendant la nuit du 9 au 10 ventôse dernier, un cordon de deux pouces de huit à neuf lignes de longueur en accouchant la femme Daillot ; l'enfant était bien situé, relativement aux dimensions de la mère. L'expulsion du placenta, l'écoulement des eaux, se sont faits en même temps que celle du fœtus. Il y eut une petite perte intense, qui nous est prouvée par des caillots qui sortirent après l'expulsion totale de l'enfant et de ses dépendances. Le cordon n'offrait rien autre chose de remarquable.

La distribution de ses racines dans le parenchyme du placenta était la même ; elle semblait seulement commencer un peu plus au loin ; il avait une grosseur plus grande qu'à l'ordinaire.

OBSERVATION XVII

Observation de la Maternité de Lariboisière. Service de
M. Bonnaire, Année 1902, n° 1226.

Accouchement spontané à terme. — Fille vivante. — Délivrance naturelle. — Cordon long de 30 centimètres. — Durée du travail : 4 h. 10. — Hémorragie après la délivrance.

Julia P..., tertipare, enceinte de neuf mois, sentit les premières douleurs le 25 octobre à 4 heures du matin. La dilatation est complète à 8 heures. L'enfant se présente en OIGA. Les bruits du cœur sont bons.

L'accouchement fut spontané. Durée du travail 4 heures 10. Enfant du sexe féminin, pesant 3120 grammes.

Délivrance spontanée. Cordon mesure 30 centimètres.

Après la délivrance il y eut une hémorragie qui nécessita deux piqûres d'ergotine.

Le fond de l'utérus est haut placé dans la cavité abdominale, et d'après Devilliers ce muscle présente souvent un état de contractilité spécial, de « *rénitence* ».

Elle résulte d'une sorte d'éréthisme dans « toute la matrice provoquée par la titillation qu'exerce sur les parois de l'organe la tension du cordon sur le placenta et sur ses attaches utérines ».

Sur 25 cas, ce symptôme a été neuf fois perçu nettement par Devilliers. Il peut parfois mettre obstacle à l'effacement du col.

Le *toucher*, peu instructif pendant la grossesse, prend pendant le travail une grande importance.

Le doigt en contact avec le col de l'utérus suit son effacement pendant la contraction et le sent revenir à sa forme première dès que la douleur a cessé.

La dilatation progresse avec une lenteur désespérante, due au défaut d'engagement de la tête fœtale et à l'action peu efficace de la poche des eaux qui se dessine mal.

Malgré l'affirmation de Levret, Smellie, Dugès, Gasc, Devilliers, Chantreuil, etc., nous croyons que *la rupture des membranes se produit tardivement à moins d'intervention intempestive.*

Dès le début du travail, il n'est pas rare de constater ainsi que Gasc l'a montré, puis Guillemot, un symptôme décrit par les auteurs, mais qui a son importance diagnostique. Peu a, en effet insisté sur *un mouvement de descente de la tête fœtale pendant la contraction utérine, bien vite remplacé par un mouvement d'ascension brusque du fœtus ramené vers le fond de l'utérus dès que cesse la contraction.*

Smellie signala ce phénomène, mais d'après cet auteur, la tête éprouve le mouvement de retrait quand elle est tout à fait descendue dans le bassin.

Gasc tout d'abord, Guillemot, Velpeau, Devilliers, Chantreuil, par la suite, ne voulurent souscrire à cette interprétation, et d'après ces auteurs le mou-

vement indiqué par Peu n'est vraiment pathognomonique de la brièveté du cordon que s'il se produit brusquement et avant que la tête ne soit en rapport avec le bassin mou.

Baudelocque, en effet, a admis en principe que le mouvement de descente et de retrait de la tête fœtale n'a aucun rapport avec la brièveté du cordon, mais est dû à l'élasticité du périnée et des grandes lèvres, ainsi qu'à la contraction des muscles compris dans leur épaisseur et voire même à l'élasticité du crâne fœtal. C'est là une interprétation excessive comme nous le montrerons.

Guillemot insiste sur la coexistence de ce phénomène et de la douleur localisée au niveau de l'insertion placentaire ; Levret signale le mouvement de rotation du fœtus sur son axe déterminé par la traction du cordon pendant la contraction utérine.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

Brièveté. — Accidents du cordon ombilical, lenteur extrême des premières périodes du travail, deux circulaires fortement serrés autour du cou. — Mort du fœtus (Obs. XII. Recueil de Mém. et Obs. DEVILLIERS, p. 190).

Dame, âgée de 22 ans, primipare, ressentit les premières douleurs le 6 novembre 18 à huit heures du matin. A onze heures le col était effacé et l'orifice dilaté de trois centimètres. La dilatation marcha avec excessive lenteur, car à quatre heu-

res du soir elle avait à peine fait quelques progrès ; à minuit l'orifice avait atteint la moitié de sa dilatation et la tension des parois utérines étant attribuée à la poche des eaux trop volumineuse, on la rompit.

La tête s'engagea mais descendit avec une grande lenteur jusqu'aux parties externes, éprouvant, surtout au bas de l'excavation, des mouvements de progression et de retrait alternatifs qui furent attribués à la résistance des parties génitales chez cette primipare. Lorsque la tête put se dégager, elle fut accompagnée d'un flot de liquide fortement chargé de méconium. Le cordon ombilical était très tendu et enroulé deux fois autour du cou de l'enfant ; l'impossibilité de récliner les circulaires, la tête étant trop étroitement appliquée contre la vulve, et le recours à l'expulsion rapide ne donna aucun résultat, le tronc étant fortement retenu ; on dut aller accrocher l'épaule postérieure pour la dégager en arrière et perdre ainsi un temps précieux qui entraîna la mort de l'enfant, malgré tous les moyens d'excitation mis en usage.

Le cou de l'enfant présentait deux sillons parcheminés assez semblables à ceux qui résultent de la strangulation ; ils étaient le résultat de la contraction produite par les deux anses du cordon dont la partie restée libre n'excédait guère dix à douze centimètres.

Le toucher permettra de constater encore un signe qui a sa valeur et sur lequel Guillemot a insisté : la tête fœtale qui normalement est sortie dans l'intervalles des contractions devient surtout accessible dans les cas de brièveté du colon ombilical, pendant la contraction.

Si ces différents signes sont peu nets on ne devra pas hésiter, si le travail traîne en longueur, à faire le *toucher digital profond*, voire même le *toucher manuel* : souvent on constatera, soit une tension du cordon ombilical, soit la présence de circulaires, points sur lesquels nous aurons à revenir.

Tels sont les caractères de la brièveté du cordon ; mais très souvent l'inertie utérine, l'état de faiblesse de la mère, l'inefficacité des contractions (*movent sed non promovent*) seront des sources utiles d'indication.

L'application de forceps est-elle indiquée, les tractions considérables nécessaires à l'extraction du fœtus appelleront une exploration plus minutieuse et la brièveté sera reconnue.

La version est-elle décidée, la main introduite dans la cavité utérine peut être gênée par la présence d'un cordon entortillé qui, ainsi que Guérin Valmale l'a bien montré, peut former un véritable lacs qui oppose un obstacle à l'accoucheur pour se créer un chemin et surtout pour reconnaître celui qu'il doit suivre et les parties qu'il touche.

L'évolution et surtout l'extraction offrent de grandes difficultés, le fœtus est arrêté dans sa descente et il se trouve suspendu dans la filière génitale à une hauteur déterminée par la longueur d'un cordon.

Ne pas reconnaître l'obstacle peut être dangereux, car en exerçant une traction plus énergique et plus soutenue, on peut déterminer un décollement du placenta, une inversion utérine typique ou une rupture du cordon ombilical.

OBSERVATION XIX

Présentation de l'épaule gauche. — Brèveté accidentelle du cordon ombilical s'opposant à la version. — Huit circulaires autour du cou par suite d'excès de longueur du cordon (1 m. 27). — Manœuvre intra-utérine facilitant la version.

Par MME WALDVOGEL, sage-femme de 1^{re} classe.

Mme N., âgée de 36 ans, multipare, demeurant rue Pasquier, se présentait chez moi en consultation deux mois avant son accouchement. Elle se plaignait beaucoup de douleurs abdominales, surtout du côté droit, et principalement au moment des mouvements actifs du fœtus.

Dans la journée du 18 septembre, Mme N... ressentait les premiers symptômes de l'accouchement, et, en même temps, elle perdait du sang en petite quantité. On vint me chercher le soir. La marche des douleurs était régulière et présentait des intervalles de 15 minutes.

En palpant l'abdomen, je trouvai les petites parties fœtales en haut et à gauche, et la tête en bas, dans la fosse iliaque droite.

L'auscultation ne laissa aucun doute sur la présence d'un enfant bien portant ; et les bruits du cœur fœtal, accompagnés d'un souffle isochrone, se faisaient entendre au maximum vers l'ombilic. Le toucher était difficile à pratiquer : le col était très en arrière et en haut ; point de parties accessibles ; pourtant je sentais à travers l'orifice, très dilatable, une poche des

eaux allongée, et enfin, après un grand examen, pendant une contraction, je reconnus une présentation de l'épaule gauche.

Pour prévenir une rupture prématurée des eaux, j'ordonnai un repos absolu, un lavement laudanisé pour calmer l'excitation nerveuse de l'organe gestateur, et je quittai la malade à 8 heures du soir.

La nuit se passa très calme. Mais pendant la journée, les douleurs se succédèrent, et vers le soir, le 19, à huit heures, elles devinrent extrêmement fortes. A mon arrivée, à 9 heures, je trouvai la dilatation presque complète et la poche des eaux entière. J'avais donc le temps de faire mes petits préparatifs pour la version.

Mme N..., pleine de confiance et de courage, fut mise en position, et je commençai immédiatement. Je rompis les membranes, ramenai le bras au dehors de la vulve, et dirigeai ma main gauche à la recherche des pieds.

En glissant ma main le long de l'abdomen de l'enfant, je fus frappée de la torsion du cordon autour du tronc jusqu'à l'insertion ombilicale ; néanmoins je continuai à chercher un pied, et j'attrapai un genou, que je tentai de ramener, l'ayant très commodément saisi avec mes doigts en forme de crochets. Mais, dès le premier mouvement imprimé à l'enfant pour faire l'évolution, la malade jeta un cri déchirant, en portant sa main sur l'endroit qui avait été douloureux pendant le cours de sa grossesse. Je sentais sous ma main droite, placée sur l'abdomen, l'utérus qui semblait se tourner vers l'enfant. Je lâchai le genou et cherchai, avec ma main gauche, la cause de l'obstacle à l'évolution. Je glissai ma main de gauche à droite et de haut en bas. Le cordon ombilical, très tendu, et en spirale autour du tronc, allait s'enrouler plusieurs fois autour du cou. Je trouvai ensuite

en arrière et en avant de la face de l'enfant, l'autre bout du cordon, qui se trouvait très tendu, à l'insertion du placenta, de telle sorte que les ramifications placentaires couvraient, pour ainsi dire, la moitié du front de l'enfant et même un peu la tempe droite.

La tête était enclavée, par suite de la brièveté accidentelle du cordon, entre le cou et le placenta. Au moindre mouvement du fœtus, soit actif, soit passif, le tissu placentaire se trouvait tirailé. Telle était la cause des douleurs accusées par Mme N..., pendant la grossesse, ainsi qu'au moment des manœuvres.

Enfin, je doute que l'évolution ait pu se faire sans causer des accidents funestes.*

Pendant ce temps, l'utérus, bien entendu, ne restait pas inerte ; il se contractait très énergiquement sur ma main.

Sans retirer cette main de l'utérus, je me reposai un peu, ainsi que la malade, et, dans l'intervalle de deux douleurs, j'essayai de faire glisser le cordon autour de la tête, afin de la dégager de cette position anormale. Ma tentative fut couronnée de succès ; et trouvant qu'il me faudrait encore plus d'espace pour la tête, je fis glisser une anse du cordon de la même manière : alors la tête sortit de sa prison et se dirigea un peu en haut.

Je m'empressai ensuite de terminer la version, qui était du reste assez facile et dans de bonnes conditions. Je ramenai donc, à neuf heures et demie du soir, un enfant bien portant du sexe masculin, pesant 3015 grammes. En dégageant la tête, je trouvai le cordon enroulé six fois autour du cou ; ce qui, avec les deux circulaires déroulés par moi dans l'utérus même, faisait huit circulaires. Le cordon mesurait 127 centimètres, y com-

pris la portion restant adhérente à l'enfant, après section faite auprès de l'ombilic.

Mme N..., après son accouchement, se porta assez bien, sauf un petit point sensible au côté, que des cataplasmes laudanisés lui enlevèrent ; c'est seulement vers le cinquième jour qu'elle accusa une vive douleur à la face interne de la cuisse droite et une grosseur d'un rouge vif sur la place où elle avait eu des varices pendant la gestation ; cette grosseur, très douloureuse au toucher, était une phlébite accompagnée de frissons très intenses.

Suivant les conseils d'un savant médecin du quartier, M. le Dr Bouland, je fis des onctions mercurielles belladonnées sur la tumeur et appliquai des cataplasmes émollients, en prescrivant le repos le plus absolu.

Aujourd'hui, le quinzième jour, la malade s'est levée pour la première fois.

OBSERVATION XX (Résumée).

Version. — Brièveté du cordon. — Difficultés d'extraction (C. F. HARCEY). — Brièveté du cordon compliquant le travail. (Med. Rec., 20 octobre 1886).

Femme de bonne constitution, deuxième accouchement, présentation de la tête en première position ; première période du travail normale ; puis, durant trois heures, à chaque contraction, qui est très douloureuse, la tête butte contre le côté droit du bassin sans avancer.

Douleurs intolérables, localisées à droite de l'abdomen, où on peut sentir les contractions.

Chloroforme. On applique le forceps, mais une hémorrhagie survient, et on juge plus sage de faire la version. Le corps vient facilement, mais il faut les efforts combinés de l'accoucheur, du médecin consultant et de la garde, pour extraire la tête, qui sort en même temps que le placenta, roulé en boule, en produisant un bruit semblable à celui d'une amphore qu'on débouche.

Le cordon, enroulé plusieurs fois autour du cou, étranglait l'enfant; l'extrémité libre, adhérant au placenta, n'avait pas quatre travers de doigts de longueur. La courte extrémité du cordon fixée au placenta provoquait les contractions si douloureuses du côté droit de l'utérus, et déviait la tête de l'axe pelvien; le détachement du placenta n'avait eu lieu qu'au moment de l'application du forceps.

C'est là un cas rare de complication du travail, et que l'auteur n'a rencontré qu'une fois en trente ans de pratique.

OBSERVATION XXI

Epaule. — Version. — Dégagement de la tête gênée par trois circulaires du cou. — Enfant né vivant (Guéniot. J. de Méd. de Paris, 1888. — Rép. univ. d'Obst. et de Gyn., 1889).

Femme de 30 ans, troisième grossesse. Les deux premières normales.

En travail le 29 juin 1888, depuis sept ou huit heures. Contractions subintrantes.

Au palper : Grosses masses dans l'hypochondre gauche ; autres saillies moins grosses dans le flanc droit. Utérus tendu.

A l'auscultation : Bruits du cœur fœtal, très nets dans la partie supérieure de la région iliaque droite.

Au toucher : Bassin vide, poche des eaux volumineuse, menaçant de se rompre, quand on la déprime, pas de partie fœtale accessible. Col presque entièrement dilaté.

Diagnostic : Présentation du tronc probable.

Antisepsie, puis version : « Je perforai les membranes et portai aussitôt la main à la recherche du pied du fœtus. Gêné dans cette recherche par une grande exubérance des membranes, je parvins néanmoins à saisir, dans l'hypochondre gauche, un pied, que je ramenai seul au dehors. C'était le pied gauche. Comme, en réalité, il s'agissait — ce que je reconnus dans le cours de la manœuvre — d'une présentation du plan latéral gauche du tronc en position céphalo-iliaque droite, le pied gauche se trouvait être précisément le moins favorable pour l'évolution et l'extraction du fœtus. Mais à l'aide de tractions bien ménagées, et des efforts concomitants de la parturiente, il me suffit pour conduire à bien et sans grande peine l'opération.

Cependant, le tronc et le bras une fois dégagés, je constatai que le cordon formait trois circulaires autour du cou, et je dus le sectionner pour favoriser l'extraction de la tête fœtale.

L'enfant, un peu étonné, ne tarda pas à respirer et à crier bruyamment, c'était une fille.

Supposons que la présentation fœtale, ait franchi le détroit supérieur, l'excavation, le bassin mou, et que le dégagement ait eu lieu partiellement. L'ac-

coucheur est surpris de constater un mouvement d'arrêt, comme si un cran s'opposait à l'expulsion de la partie qui reste dans les voies génitales.

Mathews Duncan et Tarnier ont observé dans ces cas un mécanisme spécial de l'accouchement : « la tête étant descendue et sortie, le tronc, maintenu par la tige funiculaire subit une sorte de mouvement de bascule, de mouvement d'évolution, autour du point fixe représenté par l'insertion ombilicale ».

En somme pendant le travail de l'accouchement, la brièveté du cordon se révélera par le non engagement de la tête fœtale, son arrêt à peu près constant dans l'excavation ou au niveau des organes génitaux externes, les mouvements alternatifs de va-et-vient coexistant avec une douleur placentaire, la difficulté d'opérer la version par manœuvres internes.

Enfin des accidents peuvent apparaître qui donneront un précieux appui à ces différents signes.

CHAPITRE III

Accidents causés par la brièveté du cordon ombilical.

I. — *Pendant la grossesse.*

La brièveté du cordon n'entraîne le plus souvent aucun accident pendant la grossesse, mais cette anomalie en est une cause prédisposante.

Un choc, une chute, un traumatisme quelconque, une promenade à cheval ou en voiture, peuvent déterminer un léger *décollement du placenta* favorisé par la tension du cordon ombilical. On sait combien cette complication est à craindre lorsqu'un opérateur tenace et mal inspiré persiste à vouloir terminer une version par manœuvres externes alors que, soit l'évolution, soit la contention de la tête fœtale, sont rendues difficiles par une brièveté du cordon ombilical.

Parfois même, spontanément ou à la suite d'un

mouvement violent de l'enfant dans la cavité utérine, le décollement se produit.

Le professeur Pinard cite un cas où l'on trouva à l'autopsie un œuf intact entièrement décollé et libre dans la cavité utérine : le cordon faisait un nœud autour du pied de l'enfant qui d'un seul mouvement avait entièrement arraché le placenta.

Mauriceau le premier signala les hémorrhagies par décollement du placenta : « J'ai remarqué, dit-il, chez plusieurs femmes qui ne s'étaient pas blessées, que leur arrière-faix s'était détaché et entièrement séparé de la matrice, à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelque partie de son corps et particulièrement autour du cou, ce qui faisait que pour peu que l'enfant pût se mouvoir pour se disposer à sortir, ce cordon n'ayant plus la longueur et la liberté ordinaires, tirailait continuellement l'arrière-faix et le faisait ainsi se détacher entièrement de la matrice avant le temps ».

Le *décollement* peut présenter des modalités diverses : il est *partiel* ou *total*.

Partiel, le décollement peut s'effectuer sur les parties latérales du placenta, et si les membranes se laissent décoller, une hémorrhagie externe en est la conséquence. Si le décollement est central un hématome rétro-placentaire se produit, d'une abondance parfois très grande (1200 gr.), et il n'y a pas d'écoulement sanguin à l'extérieur : c'est la forme cachée (*concealed hemorrhage* des auteurs anglais). Le sang collecté entre le placenta et l'utérus peut diffu-

ser à travers la masse placentaire et colorer le liquide amniotique, ce que l'on constate lors de l'ouverture des membranes.

La clinique est particulièrement nette lorsqu'il se produit un décollement large du placenta.

Une douleur subite et violente ouvre la scène et une abondante hémorrhagie se fait jour à travers le vagin; le poulx devient petit, rapide, fuyant, les traits sont tirés, le facies se grippe, des sueurs froides apparaissent, et il n'est pas exceptionnel de constater des syncopes.

L'examen local révèle un développement très notable de l'utérus, qui rapidement augmente de volume. On sent l'organe contracturé présentant une véritable dureté ligneuse (utérus en bois).

Mais dans le décollement partiel du placenta, et particulièrement dans l'hématome rétro-placentaire, l'état général est beaucoup moins atteint, l'hémorrhagie est peu abondante ou même fait défaut et enfin la grossesse peut évoluer normalement jusqu'à terme et le fœtus vivre, tandis que dans le premier cas la mort du fœtus est constante. L'utérus est moins dur, et si Barnes, Leroux, Levret, Rostright, Baudelocque, ont pu sentir une tuméfaction locale au niveau de l'épanchement et Mme Henry un empâtement caractéristique au point où s'est produite l'hémorrhagie c'est surtout dans le décollement central que ces constatations sont fréquentes.

OBSERVATION XXII (Résumée).

Fœtus mort et macéré. — Décollement prématuré du placenta, causé par une brièveté accidentelle du cordon. — In thèse Lehman, Obs. XX.

Marie B..., I pare, dernières règles du 19 au 21 octobre 1896.

Grossesse actuelle. — Normale jusqu'au milieu du huitième mois. La femme qui se reposait depuis trois semaines, à l'asile de l'Avenue du Maine, est conduite à la Clinique, le 13 juin 1897, à 11 h. 30 du soir, et le 14 juin, à 6 h. 30 du matin, on la transporte à la salle de travail.

Examen obstétrical. — Seins, ventre normaux. Utérus très rude : on peut cependant constater une présentation du sommet qui est déjà engagé. L'auscultation est négative. Le col est long, les membranes intenses. A 6 h. 75 du matin, le 14 juin, cette femme perd du sang en petite quantité ; la dilatation est au début ; la poche des eaux fait hernie ; le pouls s'élève à 108, la température est de 37°,9.

A 9 heures, la dilatation est complète ; la femme pousse très énergiquement ; à 9 h. 30, les membranes se rompent spontanément, et le liquide qui s'écoule a une coloration rougeâtre. A 9 h. 45, expulsion du fœtus macéré ; il y a un temps d'arrêt entre l'expulsion du tronc et celle des membres inférieurs ; aussitôt après l'expulsion du fœtus, on constate que le cordon

est enroulé autour des membres inférieurs et forme plusieurs tours compliqués et serrés.

M. Pinard pense que la mort du fœtus est due à un décollement prématuré du placenta, causé par cette brièveté accidentelle du cordon. M. Pinard fait ensuite la délivrance par expression française, et constate qu'il y a en effet une hémorragie rétro-placentaire ; on recueillit une certaine quantité de caillots pesant 100 grammes.

Les anciens auteurs signalent quelques observations (cas de Lusk, gangrène vésico-vaginale) dans lesquelles la brièveté du cordon avait eu pour conséquence des délabrements parfois considérables des parties molles, dus à la compression de la tête fœtale dont la progression était arrêtée.

Ces accidents ne seront plus constatés, car les interventions sont plus faciles et mieux indiquées, et nous ne leur attacherons qu'un intérêt tout rétrospectif.

Fœtus. — Si la mère est souvent épargnée le fœtus est particulièrement éprouvé par la brièveté du cordon ombilical. Devilliers sur 52 observations puisées à des sources diverses a constaté, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, 15 enfants morts et sur 25 observations personnelles il a eu à déplorer trois cas de mort. C'est là une moyenne encore très élevée.

Nous ne faisons que signaler la coexistence observée par Camus et Frœbel entre la brièveté du cordon et les malformations fœtales ; elles résultent d'une

anomalie de développement dû, sans doute, à un apport insuffisant d'éléments nutritifs par trouble de la circulation fœto-placentaire.

A côté de ces malformations évolutives, il en est de mécaniques, et nous ne saurions insister sur les sillons, voire même les amputations qui ont été la conséquence de la compression des différentes parties du corps, par des circulaires du cordon. Les observations de Bailey, Crédé, Blume, Morgagni, Hillairet, rapportées par Chantreuil, sont suffisamment probantes sur ce point.

La grossesse peut évoluer normalement et aucun accident fœtal ne vient la compliquer.

A la suite de mouvements désordonnés du fœtus, il peut se produire, soit une tension du funicule, soit une compression des vaisseaux ombilicaux, voire même une compression des artères carotides du fœtus et une modification du rythme cardiaque, des mouvements convulsifs seront la signature de l'état de souffrance de l'enfant ; du méconium pourra être expulsé et la teinte jaune verdâtre du liquide amniotique lors de la rupture des membranes en fournira la preuve. Le plus souvent les battements du cœur fœtal se régularisent, les mouvements deviennent moins saccadés et la grossesse évolue jusqu'à terme à moins de nouvel accident.

Ces constatations aisées ne seront qu'exceptionnellement faites par l'accoucheur, et elles n'auront une réelle valeur que s'il elles coexistent avec d'autres symptômes déjà décrits.

L'état de souffrance, habituellement passager, peut s'accentuer et des cas de mort ont été signalés ; un avortement, ou un accouchement prématuré, en est la conséquence bien qu'on ait observé des cas de rétention prolongée du fœtus dans la cavité utérine.

Ces accidents, qui peuvent ainsi aboutir à la mort de l'enfant, admis aujourd'hui par tous les auteurs, ont été d'abord mis en lumière par Burdach, Bougioanni, Crédé, malgré les assertions contraires de nombreux auteurs et non des moindres, Smellie, Guillemot, Gardien, Velpeau, Cazeau, etc....

Les trois observations suivantes (Communication de M. Brindeau à la *Société d'obstétrique de Paris*, le 18 décembre 1903), nous ont paru intéressantes à rapporter.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Mort du fœtus avant le début du travail.

Une primipare de 20 ans, atteinte de luxation congénitale de la hanche avec bassin sensiblement normal. Vers 8 mois 1/2 de la grossesse, cette dame s'est plainte de douleurs intermittentes dans le ventre survenant toutes les cinq ou six minutes.

Pas de traces de travail, col plus court qu'à la normale.

Douleurs reprennent sans plus de résultat, et enfin dix jours après la troisième alerte les douleurs deviennent très violentes

et les membranes se rompent dans la nuit. Le pansement vulvaire est teinté de méconium. On n'entend plus les bruits du cœur. Le col est entr'ouvert, on sent une présentation de la face. **Forceps en MIDT.**

L'enfant est en rigidité cadavérique et recouvert d'une purée méconiale. Il pèse 3400 grammes. Le cordon est enroulé trois fois autour du cou, il passe ensuite entre les jambes avant de s'insérer au placenta. La striction a été telle que l'épiderme est enlevé autour du cou.

A aucun moment la femme n'a perdu de sang.

OBSERVATION XXIV

Deuxième observation prise à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Bar.

Femme de 40 ans, ayant eu cinq grossesses vient à l'hôpital parce qu'elle perd du sang depuis un mois. Grossesse de quatre mois environ.

Hémorrhagie continue malgré repos. Examen du sang : 180000 globules rouges, et la quantité d'hémoglobine diminue de moitié.

Avortement à l'aide des ballons de Tarnier, puis Champetier ; il se produit bientôt, et en même temps que le fœtus la femme expulse une grande quantité de caillots noirâtres. Le fœtus mort depuis peu, pèse 350 grammes. Il est véritablement étranglé par le cordon qui passe cinq fois autour du cou.

Le placenta est recouvert de caillots anciens et de fibrine coagulée.

OBSERVATION XXV

III pare qui vient accoucher à l'Hôpital Saint-Antoine. La femme déclare ressentir depuis deux ou trois jours des douleurs dans le ventre et dans les reins qui ne lui laissent aucun repos. Utérus développé comme à huit mois environ. Palper difficile. OIDA. Auscultation négative. Toucher : dilatation de cinq francs ; membranes intactes. Au bout de peu de temps la dilatation est complète, on rompt les membranes et le liquide s'écoule teinté de méconium.

L'accouchement se fait rapidement, et le fœtus qui est mort commence à se macérer. Le cordon passe trois fois autour du cou, puis se dirige sous le bras, revient au cou pour former encore deux circulaires ; il est déformé par la compression qu'il a subie, ce qui prouve que les circulaires dataient d'un certain temps.

La délivrance se fait naturellement sans hémorrhagie.

Le docteur Radaux (Compte-rendu de la Soc. obst. gyn. pœd. de Paris, juin 1903), rapporte deux observations typiques de mort du fœtus par compression du cordon pendant la grossesse.

La mort de l'enfant, consécutive à la rupture du cordon ombilical pendant la grossesse, n'a pas suscité moins de controverses. Il est quatre observations célèbres, de Mauriceau, De Lamotte, Levret et Baudelocque qui ont bien démontré cet accident. Velpeau, les commentant, conclut que dans l'état actuel de nos connaissances on peut admettre seule-

ment comme possibles et non comme prouvées les hémorrhagies du cordon. Et en cela il est d'accord avec Mme Boivin et Mme Lachapelle.

Cazeau ne partage nullement cette opinion.

Winckel, pour en élucider la pathogénie, démontra que les circulaires du cordon déterminent des points faibles de la tige funiculaire au niveau desquels à lieu ordinairement la rupture.

La femme ressent une douleur violente, suivie d'un craquement assez intense parfois pour être entendu par l'entourage. Une hémorrhagie se produit par le bout fœtal du cordon, et la mort de l'enfant en est la conséquence à moins d'intervention immédiate. L'avortement, ou plus souvent l'accouchement prématuré, ne tarde pas à se produire, bien que l'on ait constaté des cas de rétention prolongée du produit de conception dans la cavité utérine.

OBSERVATION XXVI

MAURICEAU. — *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes*, t. II, p. 1728.

Il s'agit de l'accouchement d'une grosse fille morte en l'utérus, 12 à 15 heures auparavant. Le cordon était gros comme le bras de l'enfant et si court que, dans ses derniers moments, l'enfant avait pu en rompre les principaux vaisseaux.

OBSERVATION XXVII

DE LA MOTTE. — *Traité d'Accouchements*, 1761, t. II, p. 776.

Douleurs fortes et très fréquentes : « Je trouvais les eaux prêtes à s'écouler et un peu de sang dont ma main se trouva teinte ; les eaux percèrent bientôt après et la tête de l'enfant se présenta au couronnement. Je m'aperçus que le sang venait en abondance et augmentait d'une manière considérable à chaque douleur que la dame souffrait. Celle-ci, heureusement, poussa avec vigueur et l'enfant sortit. » Il avait trois tours du cordon autour du col, ce qui l'accourcissait tellement qu'un des vaisseaux donna du sang dès le commencement du travail et dont l'écoulement devint plus considérable à mesure que les douleurs augmentèrent par le tiraillement que souffrait ce cordon, ce qui donna occasion à la perte de sang et causa par son raccourcissement la longueur et la violence du travail. La cause de cette perte de sang ne venait pas du détachement d'aucune partie de l'arrière-faix, comme je l'avais cru tout d'abord, mais par l'ouverture d'un des vaisseaux du cordon. C'est le seul cas que j'aie vu dans ma vie. L'ouverture de ce vaisseau paraissait comme une excoriation qui avait souffert une de ces espèces de nœuds, qui se trouvent souvent à la veine ombilicale, qui fait partie du cordon au travers de laquelle le sang passait visiblement plutôt par transsudation que par rupture. »

OBSERVATION XXVIII

Ob. LEVRET. — *In Accouchements laborieux*, 1762, p. 189,
obs. XXXV.

Perte d'eaux depuis huit jours. Antéversion de la matrice. Dilatation de l'orifice et descente de la tête pendant la journée ; une tumeur sanguine se forme sur le crâne. La nuit, douleurs vives, mais entrecoupées. Vers sept heures du matin, l'utérus devint très tendu, dur, très douloureux. Mouvements brusques et tressaillements de l'enfant, suivis de l'affaiblissement de la tumeur sanguine, signes de sa mort. Bientôt, augmentation graduelle du volume de la matrice, surtout dans la région épigastrique, avec tension après chaque douleur qui fait soupçonner à Levret une hémorrhagie par décollement du placenta.

Affaiblissement de la mère.

Application du forceps courbe. Enfant mort et volumineux (15 livres, poids de médecine) ayant plusieurs tours du cordon serré autour du cou, la tête toute violette et suivie de caillots ; rupture du cordon par laquelle a eu lieu l'hémorrhagie ; le cordon s'insérait sur le bord du placenta ; extinction artificielle de celui-ci avec renversement du fond de l'utérus ; réduction.

OBSERVATION XXVIII

BAUDELLOCQUE. — *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris.*

La femme ayant fait un effort, éprouva de la douleur et se mit à perdre du sang ; en même temps la matrice augmenta de volume. On fit l'ouverture artificielle des membranes ; de nouveaux caillots parurent sortir évidemment de leur cavité. Ils étaient d'un rouge plus vif que les précédents et les eaux de l'amnios étaient elles-mêmes sanguinolentes. Le siège se présentait ; il fit la version. « Lorsque les fesses de l'enfant parurent à la vulve, je m'aperçus que le cordon ombilical était placé entre elles, en manière de sous-cuisses, et se trouvait un peu tendu. J'essayai de faire descendre les parties de ce cordon qui montait vers le dos pour en former une anse et prévenir ainsi le déchirement de l'ombilic dans la descente ultérieure du tronc. Mais à peine le doigt fut-il passé sous ce cordon que l'extrémité qui répondait au dos se dégagea et que je m'aperçus qu'il s'était déchiré dans le lieu de son insertion placentaire. En l'examinant, il me parut évident que le tronc de la veine était rompu depuis quelque temps, son orifice était bouché par un caillot qui s'étendait fort loin, mais qu'une des premières branches de cette veine et les deux artères s'étaient déchirées plus récemment. Le bout de ce tronc veineux, qui tenait au placenta, ainsi que ses principales divisions, étaient remplies de concrétions sanguines et lymphatiques. Ce cordon faisait deux circulaires autour du col de l'enfant. L'extrémité,

qui remontait sur le dos au moment où les fesses parvinrent à la vulve, n'avait pas plus de deux à trois pouces (5 à 7 centimètres) de longueur et avait été insérée au bord même du placenta. L'enfant était faible et entièrement décoloré. Il vécut.

La rupture du cordon peut être incomplète, et elle porte plus particulièrement sur un des vaisseaux qui s'irradient vers le placenta : un caillot obturateur se forme parfois et arrête l'hémorrhagie souvent insuffisante pour déterminer la mort du fœtus.

II. — *Pendant le travail.*

C'est surtout pendant le travail qu'apparaissent les complications qu'il était indispensable d'indiquer comme pouvant se produire pendant la grossesse.

Du côté de la mère. — Les hémorrhagies sont fréquentes et peuvent revêtir les différents types signalés plus haut. Mais il est plus commun de constater un suintement sanguin qui apparaît à la vulve dans l'intervalle des contractions et qui s'arrête pendant la contraction utérine (1).

L'écoulement peut devenir très abondant surtout après une progression brusque et rapide du fœtus.

Rœderer prétend qu'il se produit surtout au moment où la tête est sur le point de franchir l'ori-

1. Observations de Mauriceau, Rœderer, Baudelocque, Doudement, Pleissmann, Gasc, Guillemot, Gendrin, Jacquemire, Braxton Hicks, Goutel, Pilat, Brunton, Winter.

fice vulvaire. Levret signale cet accident et en conclut avec juste raison, non seulement à la présence d'une brièveté du cordon ombilical, mais encore à une délivrance qui ne saurait tarder : Souvent elle suit le fœtus et il se produit un « accouchement en avalanche ». Des observations nombreuses ont été publiées : nous rappelons celles du professeur Pinard dans les thèses de Rousseau-Dumarcet et Lehman.

OBSERVATION XXX

Observation de Pleismann (*Méd. puerp.*, p. 74).

En janvier je fus mandé pour aller secourir une femme qui souffrait depuis longtemps, sans pouvoir accoucher entre les mains de la sage-femme ; je m'y transportai sur le champ.

La sage-femme m'apprit qu'il y avait déjà douze heures que la tête séjournait dans l'excavation du bassin, sans être descendue d'une ligne plus bas, qu'elle semblait remonter à chaque douleur, mais moins depuis qu'il s'était manifesté une perte qui, augmentant après chaque contraction, avait fait perdre beaucoup de sang à la femme.

D'après ce récit je fus persuadé que la longueur du travail, ainsi que la perte, ne provenaient que de ce que le cordon, trop court et contourné autour du cou, empêchait la tête de sortir. Je voulus m'en assurer par le toucher, mais la tête comme emboîtée dans le bassin ne me laissa pas la faculté de porter mes doigts jusqu'au cou de l'enfant.

Comme la femme avait eu plusieurs faiblesses, même en ma présence, à raison de la grande quantité de sang qu'elle avait perdue, je crus devoir la délivrer à quelque prix que ce fût, plutôt que de la laisser périr sans secours, ce qui ne pouvait tarder d'arriver. Fort de cette sentence : *Experiri melius remedium quam nullum*, j'appliquai le forceps avec assez de peine quoique dans une première présentation de la tête, et ayant tiré doucement celle-ci hors de la vulve, j'amenai tout à la fois, et sans effort sensible, l'enfant et l'arrière-faix.

Mes tractions n'avaient probablement fait qu'achever le décollement déjà bien avancé du placenta, parce que le cordon, trop court par son triple entortillement autour du cou, l'avait sans doute forcé à se détacher peu à peu, et à suivre enfin l'enfant, d'autant plus que le placenta était en raquette, et que la racine du cordon répondait au fond de la matrice. Cette disposition a dû singulièrement favoriser le décollement, et faire sortir le délivre en entier, comme je l'ai effectivement trouvé.

Si l'accouchement et la délivrance me coûtèrent peu, il ne fut pas aussi facile d'arrêter l'hémorragie qui devint tout à coup foudroyante et rebelle à tous les moyens employés. J'eus beau frotter le ventre avec la main, jeter de l'eau froide sur l'abdomen, en injecter avec du vinaigre dans la matrice, agacer celle-ci avec la main, tamponner même son orifice, et comprimer sur son corps et son fond à travers les parois du ventre, rien de tout cela ne put vaincre l'inertie opiniâtre de cet organe.

Cependant le sang, quoique un peu arrêté par le tamponnement, s'épanchait en dedans, coulait même en dehors, et la femme était si faible, que je craignais de la voir expirer entre mes mains.

Dans un état si perplexe, le hasard voulut que je jetasse les

yeux, à travers les vitres, sur une pompe, au goulot de laquelle pendait un gros glaçon de forme oblongue et cylindrique; je courus aussitôt le détacher et revint le plonger dans le sein de l'accouchée. La matrice, saisie, réveillée par le contact subit du froid, de la glace, se contracta avec une célérité inconcevable, en expulsant le glaçon à moitié fondu. Dans ce moment, le sang cessa de couler, et la femme reprit peu à peu ses esprits à l'aide d'un bon cordial..

Dans cette observation, particulièrement intéressante, nous relevons donc une lenteur très grande du travail, des hémorragies assez violentes pour entraîner des faiblesses successives de la femme.

Une application de forceps entraîna le fœtus, et immédiatement après le délivre, et enfin l'hémorragie persista et aurait entraîné la mort de la femme sans l'introduction de glace dans la cavité utérine.

OBSERVATION XXXI

Edinburgh medic. Journal, vol. XXXIII, part. II, p. 692-695, 1888. — *Sur un cas d'enfantement compliqué par la brièveté du cordon*, par ROBERT W. FELKIN, *mémoire lu à la Soc. obs. d'Edinburgh*, le 14 décembre 1887.

Le lundi 28 novembre 1887, à 2 heures du matin, je fus appelé auprès de Madame B..., âgée de 22 ans. La femme était en travail depuis trois heures de l'après-midi du samedi précédent (depuis 36 heures). J'arrivai à 2 heures 1/2. La

malade, dans son lit, criant, se plaignait d'une douleur intolérable dans la partie inférieure de l'abdomen. Femme petite, bien faite, très nerveuse, primipare, peau sèche, chaude, soif ardente. Sa mère me raconta que les eaux s'étaient rompues neuf heures avant mon arrivée.

A l'examen. — La tête du fœtus était au périnée. Le périnée était mince, mais rigide. La main mise sur la région iliaque droite provoqua une violente contraction, et donna comme une sensation de déchirement à l'accoucheur ; l'enfant était expulsé. En même temps, le placenta suivait, et une hémorrhagie se déclarait. Injection d'ergotine et compression de l'utérus.

Whisky à la malade.

On sectionne le cordon de l'enfant. Le cordon mesurait cinq pouces et demi (soit 12 centimètres), il était inséré au bord du placenta. Le périnée déchiré est suturé.

La longue durée de l'enfantement doit être due à la brièveté naturelle du cordon.

OBSERVATION XXXII

(AUDEBERT. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 mai 1893).

Décollement prématuré du placenta, normalement inséré par brièveté réelle du cordon. Enfant vivant.

Primipare de 17 ans, enceinte de 8 mois, vient à la clinique, et on constate une dilatation complète du col et une présentation du sommet.

Rupture de la poche des eaux, suivie d'engagement profond de la tête qui ne repose pas sur le plancher musculaire.

La tête, en OI DT, apparaît à la vulve pendant les contractions ; mais dès la fin elle remonte aussitôt par un vif mouvement de retrait. Depuis deux jours elle est en cette situation sans se modifier. Une légère hémorrhagie a suivi la rupture des membranes. Les bruits du cœur sont faibles, pas de souffle.

La manœuvre de Tarnier et Loviot ne peut faire tourner la tête. Forceps et tête extraite facilement.

Au moment du dégagement du tronc un flot de sang se fait jour à l'extérieur et l'expulsion spontanée du placenta suit aussitôt l'enfant. Celui-ci est cyanosé. Mort apparente. Il est ranimé, pèse 2.010 grammes.

Cordon : 30 centimètres. Pas d'urée. Placenta s'insérant au fond.

OBSERVATION XXXIII

(MAYGRIER ET CATHALA. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*. Séance du 19 décembre 1901).

Décollement prématuré du placenta par brièveté relative du cordon ombilical. — Mort du fœtus pendant le travail.

Clémentine G..., primipare, entre dans le service de M. Maygrier, à l'hôpital de la Charité, le 10 décembre 1901, à 8 h. 30 du soir.

Elle ne peut fixer exactement la date de ses dernières règles. Elle dit avoir eu les premières douleurs du travail à 6 heures du soir ; une heure et demie après, sans qu'elle eût subi aucun traumatisme ni ressenti aucune douleur vive, elle commence à perdre du sang par la vulve.

A 8 h. 30, elle entre à la salle du travail. L'examen des urines décèle un très léger nuage d'albumine. Il se fait par la vulve un écoulement sanguin peu abondant, mais qui continuera pendant toute la durée du travail, sans donner lieu d'ailleurs, à des symptômes généraux.

Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le palper est difficile, car les contractions sont fréquentes et rapprochées ; même pendant leur intervalle, l'utérus est dur et tendu, permettant difficilement de sentir les parties fœtales ; il ne semble pas cependant y avoir un excès de liquide amniotique. La femme dit ressentir continuellement le besoin de pousser, même lorsqu'elle n'a pas de douleur. A l'auscultation, les battements du cœur fœtal s'entendent à droite et très en arrière ; ils sont réguliers mais sourds. Par le toucher, on arrive sur le col en voie d'effacement ; le segment inférieur de l'utérus est également tendu et permet difficilement de sentir au détroit supérieur une partie fœtale mobile qui semble être la tête. Bien que la présentation soit élevée, le doigt ne perçoit en aucun point de masse placentaire interposée entre cette tête et la paroi utérine.

A 1 h. 5 du matin : les douleurs ont encore augmenté de fréquence ; l'utérus reste toujours dur dans l'intervalle des contractions. Les bruits du cœur fœtal, encore réguliers mais sourds, s'entendent un peu plus en avant que précédemment. Le toucher montre que l'effacement du col est complet ; la poche des eaux est tendue, on arrive cependant à sentir la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche ; le doigt, porté en arrière et à droite, rencontre la fontanelle postérieure. La tête fœtale reste élevée et mobile.

A cinq heures du matin, le foyer d'auscultation est le même,

mais les battements sont devenus très faibles, à peine perceptibles.

A neuf heures et demie, M. Maygrier examine la parturiente ; au toucher, il trouve la dilatation égale à une petite paume de main, les membranes sont étendues et se rompent au moment de l'examen. Le liquide amniotique s'écoule légèrement teinté par du méconium. A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur.

A partir de ce moment le travail marche rapidement ; la tête s'engage, et à 10 h. 15 la dilatation est complète ; pour hâter l'accouchement, on fait un peu d'expression.

A 10 h. 20, la tête paraît à la vulve ; elle se dégage en OP. Il y a autour du cou du fœtus un circulaire qui est trop serré pour être passé par-dessus la tête et qu'on fait glisser sur les épaules ; l'entrecroisement du circulaire est sous la symphyse pubienne, sur l'épaule gauche du fœtus.

A 10 h. 25, accouchement d'un enfant mort du sexe masculin, du poids de 1780 grammes, mesurant 41 cent. de longueur. Aussitôt après sa sortie, la placenta se présente à la vulve ; on le recueille, et on voit, appliqué contre sa face utérine, un caillot sanguin qui se détache et tombe sur le lit.

Tous les efforts tentés pour ranimer l'enfant restèrent inutiles.

Le placenta pèse 360 grammes et mesure 18 centimètres de diamètre ; on remarque, sur sa face utérine, en un point voisin de sa circonférence, correspondant à l'insertion du grand côté des membranes, une dépression qui indique où se trouvait le caillot sanguin. Le poids de ce caillot était de 220 grammes.

Les membranes sont complètes. Elles mesurent 22 centimètres d'un côté et 10 centimètres de l'autre.

Le cordon n'a que 41 centimètres de longueur ; il s'insère sur le placenta à 10 centimètres de son bord supérieur et à 7 centimètres de son bord inférieur.

OBSERVATION XXXIV

AUDEBERT, *Archives méd. Toulouse*, 1901 ; VII-77-86. *hémorragie et décollement du placenta.*

X..., tricoteuse, entre à la clinique le 26 septembre 1900 à 2 heures du soir. Trois grossesses antérieures normales.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 25 décembre 1899. Pas de maladie pendant la grossesse.

Au moment où elle entre à la clinique la femme se dit en travail, elle souffre depuis midi.

A l'examen on constate un abdomen peu développé, en besace par éventration manifeste. La hauteur utérine est de 32 centimètres. La tête est au détroit supérieur normalement fléchie et tendant à s'engager en OIGA. Le col est en voie d'effacement et mesure un demi-centimètre. Il est légèrement perméable. La poche des eaux tombe pendant la contraction. Les membranes sont lisses et à travers on sent la tête amorcée au détroit supérieur, la suture sagittale étant parallèle au diamètre oblique. Du côté des membranes et du segment inférieur soigneusement explorés, rien ne peut faire songer au placenta vicieusement inséré.

Les contractions douloureuses ont débuté à 12 heures mais la dilatation ne commence qu'à 5 heures. A 6 heures 10

la dilatation est complète. A ce moment apparaît une hémorragie. On rompt artificiellement les membranes et aussitôt après l'occiput apparaît à la vulve. La tête se dégage en quelques secondes. On voit alors qu'il existe un circulaire autour du cou, mais avant qu'on ait eu le temps de le récliner par-dessus la tête, une violente contraction expulse d'abord le tronc du fœtus et immédiatement après le délivre. L'enfant du sexe féminin pèse 2920 grammes et mesure 48 centimètres de long. Son état est satisfaisant. Le délivre pèse 400 grammes. Le placenta est presque totalement découronné. La face utérine est en entier couverte de sang liquide ou de caillots.

Enfin, il est certains cas, lorsque le placenta s'insère sur la face antérieure et inférieure de l'utérus, malgré le décollement des parois latérales, l'hémorragie ne paraît pas à l'extérieur, la tête fœtale comprime la partie inférieure du placenta contre la symphyse pubienne. De même, un décollement du placenta assez étendu n'est pas fatalement suivi d'hémorragie externe : la tête fœtale, en effet, peut s'engager et sous l'impulsion du muscle utérin elle peut s'appliquer exactement sur le segment inférieur et forcer le sang à s'accumuler derrière elle. Le travail reste lent et soumis à de fréquents arrêts. On intervient ordinairement, mais l'hémorragie peut persister, les symptômes généraux s'accusent avec plus d'intensité et la mort peut en résulter.

Mauriceau signale, comme conséquence de la brièveté du cordon ombilical, surtout de la brièveté

naturelle, une dépression en *cul-de-bouteille* qui se localise ordinairement au niveau du fond de l'organe utérin.

D'après Guillemot et Rokitansky, la dépression siège toujours au point d'insertion placentaire. Rokitansky décrit même *l'inversion utérine* comme une paralysie de la zone placentaire. Cette conception paraît juste, bien que d'après les observations le fond de l'utérus se soit toujours laissé déprimer malgré l'insertion parfois vicieuse du placenta.

Ce premier degré d'inversion utérine, caractérisé par la formation d'un godet, peut s'accroître et l'on constate alors une véritable saillie du fond de l'organe utérin dans l'excavation pelvienne, parfois dans la cavité vaginale, mais c'est une exception.

D'ailleurs, l'inversion utérine a été assez rarement constatée, et d'après Cazeau cela tient à la différence qui existe entre la direction des axes des deux détroits.

Le détroit supérieur, en effet, forme un angle droit avec le détroit inférieur, le cordon tourne autour de la symphyse à la partie postérieure comme autour d'une poulie, de sorte que la plus grande partie de la force de traction se perd sur cette symphyse avant d'arriver au fond de l'utérus.

Si la traction du cordon est parfois insuffisante pour déterminer une inversion utérine typique, il peut cependant se produire des dépressions alternatives du fond de l'organe qui constituent une amorce pour des inversions tardives.

Pendant le travail, la main appliquée sur l'abdomen constate fort bien la cupule déterminée par la traction du cordon : elle peut suivre la progression de l'inversion si celle-ci s'accroît pendant le dégagement du fœtus.

OBSERVATION XXXV

Observation de W. SMITH, in *Medical and physical journal*,
t. VI, p. 503, année 1801.

Traduction : THÈSE de GUILLEMOT.

Dans l'automne de 1799, une jeune femme âgée de 24 ans, d'une taille élevée, d'une constitution délicate, se trouvant enceinte de son premier enfant, vint réclamer mes soins comme accoucheur ; j'hésitai à satisfaire sa demande ; mais sa sœur aînée venait de mourir quelques jours après ses couches et cet événement avait jeté l'alarme chez cette jeune femme ; je promis donc de l'assister.

Le travail commença à 4 heures après midi le 9 février 1800 : les progrès furent gradués et sa marche ne présenta rien de remarquable : la femme était seulement frappée d'épouvante ; la mort de sa sœur agitait son esprit au-delà de toute mesure, j'essayai de calmer ses frayeurs mais le retour de chaque douleur renouvelait ses terreurs et elle continua à être dans cet état de désordre jusqu'à 3 heures du matin, le 10 février, où elle mit au monde un gros garçon.

Lorsque le travail tirait à sa fin, et que la tête était poussée sur le périnée, je remarquai qu'elle se retirait à chaque douleur avec une violence inusitée. Ces mouvements d'élévation étaient produits, comme je m'en suis assuré, par l'insertion du placenta au fond de l'utérus, et par la brièveté extrême du cordon, qui, après l'expulsion de l'enfant, devint une source d'embarras lorsqu'il fallut en faire la ligature.

Pendant cette opération, la femme s'évanouit ; ayant donné l'enfant à la nourrice, je fis respirer à la malade des sels volatils, je lui donnai du vin et de l'eau, et j'attendis plusieurs minutes pour provoquer le décollement du placenta. Mais à la suite de deux douleurs, la femme s'écria que ses intestins s'échappaient des parties naturelles, et au même instant une tumeur sortait du vagin et s'étendait jusqu'aux genoux.

Une syncope grave survint immédiatement avec des soubresauts dans les tendons et le pouls à peine perceptible.

Extrêmement alarmé, je commençai à examiner cette singulière tumeur ; elle était d'une forme ovale, d'une consistance ferme et d'un tissu charnu. En suivant le cordon jusqu'au placenta, je trouvai cet organe attaché au sommet de la tumeur, ce qui ne me permit pas de méconnaître que la matrice était renversée et chassée du corps, et que le point où le placenta était inséré n'était autre chose que le fond de l'utérus entièrement retourné sur lui-même. Après cet examen, je déchirai le placenta, et j'appliquai la main sur le sommet ou le fond renversé de l'utérus, et je refoulai cet organe à travers le vagin. Immédiatement après, je retirai la main qui, comme un corps étranger, avait provoqué l'action de la matrice. Par ce moyen, la femme revint de sa syncope ; des serviettes imbibées de vinaigre furent appliquées sur le bas-ventre et les parties naturelles

et elle prit quatre gouttes d'une teinture d'opium dans un verre de vin. L'hémorragie fut modérée, mais les soubresauts, la petitesse du pouls, continuèrent pendant plusieurs jours, une fièvre survint et l'accablement était si grand que le moindre mouvement produisait des défaillances et aggravait tous les symptômes.

Le 11. — La malade urina librement : une transpiration fut obtenue à l'aide de l'acétate d'ammoniaque combiné avec la teinture d'opium. La malade dormit un peu pendant la nuit. Le 12 une selle eut lieu, mais une légère procidence de la matrice survint au milieu des contractions musculaires ; la position que la garde fit prendre à la malade et une légère pression firent disparaître cette procidence.

Le 13. — La fièvre était tombée, le lait abondait dans les seins, à partir de ce jour la mère allaite son enfant pendant six mois ; maissa santé a toujours été délicate à cause de douleurs qu'elle éprouvait au dos et aux reins.

Cette observation est intéressante et il n'est pas douteux pour nous, que l'inversion qui s'est produite après la sortie de l'enfant a été amorcée pendant l'accouchement : la main appliquée sur l'abdomen aurait sans doute pu fort bien sentir la cupule caractéristique.

OBSERVATION XXXVI

Maintien de l'enfant contre la vulve. Inversion utérine.

Observation de LEROUX

La femme du nommé R., raffineur de sucre, accoucha pour la première fois le 12 janvier 1770. Le travail fut long et fatigant. La tête de l'enfant après avoir passé le couronnement resta plus de 6 heures à descendre et à remonter alternativement ; elle ne franchit la vulve qu'à l'aide de la méthode de Smellie que je fus obligé d'employer.

Presque aussitôt l'enfant se mit à crier et respira ; je crus l'accouchement terminé, mais il fallut attendre encore de nouvelles douleurs.

Les douleurs n'étaient point enclavées et la résistance était plus profonde. Enfin après quelques contractions utérines, que la femme seconda par ses efforts, le reste de l'enfant sortit. Dans ce dernier moment, la femme porta machinalement les mains sur son ventre, comme pour l'enfoncer dans le bassin. Ce qui me fit présumer que la matrice avait suivi cette impulsion, et était descendue effectivement, c'est que dès que l'enfant fut dehors, et que l'effort de la mère eut cessé, l'ombilic de l'enfant fut entraîné contre la vulve et s'en trouva si près, qu'il ne resta point d'espace pour faire la ligature du cordon ombilical qui était très gros et très court, je fus obligé d'attendre que le délivre se détachât, ce qui ne tarda que quelques instants.

OBSERVATION XXXVII

Rétrécissement léger du bassin. — Brièveté accidentelle du cordon. — Forceps en ODP. — Invagination de l'utérus.

(Observation due à l'obligeance de M. GUÉRIN-VALMALE. — *Clinique obstétricale* de Montpellier).

Pauline M..., 23 ans, domestique, entre à la Clinique le 19 septembre 1898 enceinte pour la première fois.

Réglée à 17 ans, mais toujours irrégulièrement. Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Ne peut donner aucun renseignement sur le début de sa grossesse; ce qu'explique facilement un intellect peu développé.

L'examen direct ne dénote rien d'anormal. La grossesse paraît en cours du huitième mois. Le fœtus, au palper, est en présentation du sommet et en position gauche, mais la tête est très mobilisable au-dessus du détroit supérieur.

A l'auscultation, l'enfant est vivant et le cœur bat sur la ligne ombilico-pectinéale gauche.

Au toucher, le col est conique et fermé. Le segment inférieur est vide de toute partie fœtale, il ne paraît pas contenir le placenta.

Le bassin est normal dans le sens transversal, mais le promontoire est accessible au doigt, et on évalue le diamètre promonto-sous-pubien à 11 centimètres. A noter que le canal vulvo-vaginal est très étroit et très résistant.

Le 26 octobre, à 6 heures du soir, cette femme perçoit les premières douleurs du travail. L'enfant est vivant et actuellement en OIDP mobile au détroit supérieur.

Le lendemain 27, la dilatation est complète à 7 heures du soir. La tête se fixe à peine. La poche des eaux se rompt spontanément. Les douleurs sont déchirantes, les contractions utérines presque subintrantes. La femme s'épuise, le travail n'avance pas. M. Itié, interne du service, fait à minuit une piqûre de morphine pour tempérer ces phénomènes.

A 10 heures du matin, le 28, arrivant de voyage, je trouve la femme épuisée, en proie à des douleurs violentes et continues. La tête est fixée dans le détroit supérieur, mais le front fait à la palpation une forte saillie en avant et à gauche. Elle est bloquée et ne bouge plus depuis six heures du matin. Une énorme bosse séro-sanguine masque sutures et fontanelles, et descend presque jusqu'à la vulve. M. le professeur agrégé Puech, chargé du service des vacances, m'invite alors à faire dans la soirée une application de forceps.

A 3 heures de l'après-midi, les choses étant encore dans le même état, je me décidai à intervenir. Considérant alors l'étroitesse et la rigidité spéciales de la vulve, du vagin et du périnée, et craignant des délabrements vulvo-périneaux pendant le dégagement, je place un ballon de Champetier de Ribes dans le vagin, et l'accouche ensuite, non sans peine.

Je fais ensuite avec le forceps Tarnier une prise régulière quant à la tête et oblique, quant au bassin, la tête étant en OI DP, j'effectue la grande rotation et la tête est extraite, avec la concavité des branches en arrière.

Pendant cette extraction, où je dus déployer des efforts considérables, M. Espérandieu, un de nos meilleurs élèves, pré-

posé à l'auscultation de l'utérus, me prévint qu'à chacune de mes tractions il percevait avec la main que le *fond utérin se déprimait en cupule avec tendance à l'invagination*. Je supposai qu'il devait y avoir brièveté du cordon. Pendant la rotation les bruits du cœur cessent.

La tête aussitôt apparue, on voit sur le cou deux circulaires *très serrés* que la rotation avait dû enrouler encore plus puisqu'aussitôt la tête libre, elle fit une forte rotation externe, brusquement et entièrement sous la seule traction du cordon (les épaules n'étaient pas encore engagées). Je coupai le cordon entre deux pinces. J'engageai les épaules et terminai l'extraction.

L'enfant, de 3.180 grammes, naquit en état de mort apparente et ne fut ranimé qu'après 2 heures et quart de respiration artificielle. Il mourut le lendemain. L'autopsie ne put en être faite.

Le placenta pesait 500 grammes. Son insertion était fondale et le cordon ne mesurait que 39 centimètres.

La mère paraissait en assez bon état; elle présentait une petite déchirure périnéale de 2 centimètres, que je suturai par trois fils métalliques. Les suites de couches furent absolument apyrétiques; mais au douzième jour, après élimination d'une petite eschare de compression, une incontinence d'urine apparut, due à une fistulette vésico-vaginale de la région antéro-gauche du vagin au point où pressait le front. Elle fut rapidement guérie par une petite suture et la femme sortit du service en excellent état.

L'enfant est atteint avec une rare prédilection : que l'accouchement s'effectue rapidement, que le

travail soit lent, il naît presque toujours soit cyanosé, soit en état d'asphyxie, de syncope ou de mort apparente.

Dans le cours du travail, l'auscultation étant souvent pratiquée on constatera le ralentissement des bruits du cœur et si la poche des eaux est rompue, l'expulsion du méconium.

OBSERVATION XXXVIII (Résumée).

Observation de la Maternité de Lariboisière.
Service de M. BONNAIRE. — Année 1901, n° 68.

Accouchement spontané à 8 mois et demi. — Quatre circulaires du cordon. — Enfant né en état de mort apparente. — Délivrance complète. — Cordon mesure 75 centimètres. — Durée du travail : 12 heures 45 minutes.

Juliette Q..., primipare, grossesse normale. Premières douleurs le 12 janvier à 7 h. du soir. Dilatation complète le 13 janvier à 6 h. du soir. Expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin à 7 h. 45 du soir, qui présentait quatre circulaires serrés qui furent sectionnés entre deux pinces.

Enfant naquit en état de mort apparente, fut ranimé par l'insufflation, les frictions et les bains. Son poids est de 2400 grammes. La durée du travail a été de 12 h. 45.

La délivrance fut spontanée et normale. Le cordon mesurait 75 centim. de longueur, y compris les quatre circulaires.

Une intervention étant alors indiquée on reliera souvent l'état de souffrance du fœtus à sa cause réelle, c'est-à-dire à la brièveté du cordon ombilical.

La mort du fœtus est assez exceptionnelle, mais elle peut se produire comme conséquence de la tension utérine, de la compression des vaisseaux ombilicaux, par arrêt de la circulation fœto-placentaire; mais aussi à la suite du décollement du placenta ou de la rupture du cordon.

Ces deux accidents sont surtout fréquents au moment de la période d'expulsion : « Tant que le fœtus est dans le canal, dit Spiegelberg, il ne se produit rien. Les deux extrémités du cordon descendent lentement ensemble, mais quand la tête sort, l'extrémité placentaire ne vient pas aussi vite que l'extrémité fœtale, et il y a décollement prématuré du placenta avec hémorragie ou bien rupture de la tige funiculaire ».

La rupture du cordon donne-t-elle lieu à une hémorragie ? Et celle-ci est-elle suffisante pour causer la mort de l'enfant ?

Les réponses les plus variées ont été données :

Baudelocque admet la rupture du cordon comme cause d'épanchement sanguin. Tarnier, Capuron, déclarent l'hémorragie mortelle si elle n'est bien vite arrêtée et si l'enfant ne peut respirer. Devergie conclut à une hémorragie rare et presque impossible, et Tarnier revenant sur son opinion première compare la rupture du cordon à la déchirure qu'en font les femelles d'animaux et croit à l'hémostase spon-

tanée ; cette opinion est généralement admise. L'hémorragie par le bout fœtal du cordon est cependant possible, et même elle est habituelle.

En effet, l'enfant naît d'ordinaire après la rupture du cordon en état de mort apparente, la fonction respiratoire ne s'établit que difficilement, et le sang ne trouvant pas dans la circulation pulmonaire le dérivatif ordinaire, s'épanche à l'extérieur par les vaisseaux ombilicaux, d'où mort possible de l'enfant si on n'intervient pas.

OBSERVATION XXXIX

Observation de DE LA MOTTE.

Rupture partielle du cordon par suite de brièveté.

En 1707, il a été appelé près d'une femme en travail. Les douleurs étaient fortes et fréquentes ; *les membranes étaient rompues normalement, et en même temps il y eut un petit écoulement de sang*, qui augmenta de plus en plus et, comme l'auteur a cru avoir affaire à un considérable décollement du placenta, a pris toutes les mesures pour hâter l'accouchement qui s'est terminé heureusement.

L'enfant était très faible et présentait *trois tours de cordon autour du col* ; ce qui raccourcissait tellement le cordon que *l'enfant était comme suspendu par ce cordon* qui était ainsi beaucoup tirailé. La déchirure siégeait à la veine ombilicale.

OBSERVATION XL

Observation du Dr X. O. WERDER.

Arrachement du cordon ombilical pendant le travail, par suite de brièveté excessive.

Mme S..., primipare, entre en travail le 4 novembre 1884. La période de dilatation marche normalement. Mais la seconde période, malgré les fortes contractions utérines expulsives, était lente, la tête ne progressait pas. Cependant le bassin était large, la tête pas trop grande. Il y avait présentation du sommet et la position était bonne. OIGA. J'ai fait le diagnostic par le toucher vaginal, car par le palper abdominal je n'ai rien pu distinguer en fait de dos. Les battements du cœur fœtal, au début bons, commençaient à se ralentir. Du méconium est sorti. Donc le fœtus souffrait. J'ai pratiqué le toucher et j'ai senti une grosseur molle sur le dos du fœtus, qui n'était autre chose que le spina-bifida. J'ai extrait la tête par le forceps, et pour le reste, j'ai essayé de le dégager par traction; pendant cette manœuvre, j'ai *entendu subitement un craquement doux et l'enfant a été sur le coup expulsé avec force.*

A l'examen du fœtus, j'ai remarqué que le cordon ombilical était *arraché au ras de l'ombilic* et un large lambeau de la peau abdominale était attaché à l'extrémité ombilicale du cordon; la cavité abdominale était ouverte par suite de ce détachement; l'ouverture était de un centimètre et demi; les intestins sortaient par là. L'hémorragie par le cordon était très petite.

Délivrance par la méthode de Crédé (par expression) dix minutes après.

Le cordon n'avait pas tout à fait 10 centimètres de long, il était épais, résistant.

OBSERVATION XLI

OBSERVATION DE L.-E. DUPUY.

(Gazette Obstétricale, page 289. — Année 1877).

Rupture du cordon ombilical. Circulaire double.

Femme de 25 ans, journalière, secondipare, entre le 23 octobre à la Maternité. Elle dit que dans son premier accouchement, le cordon faisait trois tours autour du cou de l'enfant.

Accouchement actuel. — La femme est à terme et en travail. Présentation du sommet en OIGA. Les contractions sont très énergiques et très rapprochées ; la tête apparaît à la vulve ; après son dégagement, la sage-femme constate un circulaire double autour du cou fœtal. Elle allait passer le doigt sous le circulaire pour le couper, lorsque survint une contraction très énergique qui amena l'expulsion complète du fœtus. L'enfant est vivant, bien conformé ; mais au niveau de l'ombilic on remarque un jet considérable de sang ; le cordon était arraché au ras de l'ombilic. L'hémorragie a pu être arrêtée. L'enfant est très pâle et exsangue ; il a perdu environ 190 grammes de sang. Son poids est de 3,130 grammes. Le cordon a une longueur de 60 centimètres ; il n'est pas maigre ; sa consistance est normale.

OBSERVATION XLII

D^r BONTEMPS DE SAUMUR. — *Annales d'hygiène publique.*

Paris, 1888, XIX, p. 54

Rupture spontanée du cordon. — Hémorragie du bout fœtal.

Le 15 janvier 1887, j'étais appelé auprès de Mme C... pour un premier accouchement. Le premier avait été normal. Au deuxième, la tête sans efforts, sans violentes douleurs franchit la vulve ; les épaules se dégagèrent, le tronc passa jusqu'aux hanches très naturellement. A ce moment *une nappe de sang*, vient s'étaler sous l'enfant.

Quelle ne fut pas ma surprise, après avoir extrait l'enfant et l'avoir éloigné de la vulve, de voir au niveau de l'ombilic, une plaie nette, circulaire, de la grandeur d'un franc environ qui donnait du sang abondamment. Plus abondamment donnait le bout placentaire, que je saisis et tins dans la main gauche pendant qu'avec l'autre main, j'approchai aussi exactement que possible, les bords de la plaie abdominale.

Le cordon mesurait 0,40 centimètres.

OBSERVATION XLIII

Circulaire produisant une brièveté relative du cordon, ayant mis, pendant un instant, obstacle à l'accouchement, et terminé par l'arrachement spontané de ce cordon à son insertion entièrement vélamenteuse, d'où hémorrhagie fœtale grave.

LEHMANN.— *Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901. — Séance du 19 décembre).

Primipare de 24 ans, n'ayant rien présenté d'anormal avant la grossesse actuelle. Les dernières règles eurent lieu du 19 au 25 décembre 1900 ; les mouvements actifs furent perçus le 20 avril.

A partir du sixième mois, on note une albuminurie légère, ne dépassant pas 40 centim. par jour et s'accompagnant d'épistaxis de peu d'importance. Traitée par le régime lacté, l'albumine diminua, mais ne disparut pas complètement.

Le 10 septembre, à l'examen, on trouve un fœtus petit, une tête engagée en DP.

Le 19 septembre, avant tout début de travail, rupture spontanée des membranes ; il s'écoule environ 200 grammes de liquide ; on constate en ce moment une GA., on ordonne le séjour absolu au lit et des toilettes vulvaires.

Le 2 octobre, à 10 heures du soir, apparaissent les premières douleurs, le col est perméable et long d'un centimètre environ ; à 2 heures 1/2 les contractions deviennent vigoureuses

et, à 6 heures la dilatation est comme une petite paume de main.

La dilatation est complète à 7 heures $1/2$, la tête est dans l'excavation. Les contractions se ralentissent, perdant de leur force et même ne se reproduisent que sous l'influence d'excitation de la paroi. Les bruits du cœur sont bons. La rotation est faite à 8 heures ; à 8 h. $1/2$ les bruits du cœur sont rapides, puis bons.

Ce phénomène se reproduit à plusieurs reprises. A 9 heures l'état restant stationnaire on fait un peu d'expression. Grâce à cette manœuvre *la tête descend*, distend légèrement le périnée et *remonte*, à la fin de la douleur ; brusquement, les bruits du cœur disparaissent puis reparaissent très rapides, puis bons.

On active les contractions et on fait de l'expression abdominale, la tête distend le périnée ; on n'entend plus les bruits du cœur.

A la suite d'une nouvelle contraction, issue de la tête fœtale ; on s'aperçoit alors que le cordon présente un circulaire très lâche autour du cou du fœtus.

Au moment de faire passer le cordon par dessus la tête fœtale, et avant qu'on ait pu rien faire à ce sujet, survient une forte contraction qui expulse facilement l'enfant.

A ce moment on voit le cordon sortir en bavant du vagin : il est rompu ; son extrémité laisse *couler du sang* ; on met rapidement une pince.

L'enfant qui est petit perd son méconium ; il est extrêmement pâle ; il ne crie pas, ne respire pas ; on le ranime cependant assez facilement, mais il crie mal et ne se colore pas. On l'enveloppe de ouate.

Vingt-cinq minutes après la sortie de l'enfant, l'utérus ayant fait son ascension, on essaie d'extraire l'arrière-faix au moyen de tractions exercées sur les membranes qui font issue à la vulve, mais elles se déchirent à la moindre traction.

Cependant on sent le placenta entièrement dans le vagin, où la main est obligée d'aller le chercher. L'arrière-faix est extrait.

Le placenta petit, plat, ne présente pas de foyers hémorragiques anciens ou récents ; il est dégénéré par place.

Les membranes sont complètes, sauf une perte de substance, et présentent deux orifices. L'un assez grand, à 10 centimètres environ du bord placentaire : c'est l'orifice de sortie du fœtus.

L'autre, de la dimension d'une pièce de 5 francs, siège à 3 ou 4 centimètres du bord du placenta : c'est la perte de substance. A cet orifice aboutissent les vaisseaux funiculaires.

Le cordon a son insertion uniquement vélamenteuse, il mesure 49 centimètres. L'enfant pesait 2300 grammes le deuxième jour. Les suites de couches furent normales.

Une complication, qui peut aussi avoir sur le fœtus un retentissement fâcheux, est *la difficulté qu'éprouve la tête fœtale à accomplir le mouvement de rotation interne, surtout dans les variétés postérieures*. En effet, le dégagement a souvent lieu en occipito-sacré. Le professeur Budin et de La Torre ont cité des exemples de cette anomalie.

OBSERVATION XLIV

Observation de la clinique Tarnier. — Service de
M. le professeur BUDIN. — Année 1902, n° 696.

*Brièveté relative du cordon. — Lenteur du travail. — Diffi-
culté de la rotation. — Forceps dans l'excavation.*

La nommée X... , primipare, grossesse normale. Premières douleurs, le 2 juin, à 4 heures du soir. Contractions régulières ; tête bien engagée. Les bruits du cœur sont bons.

Dilatation complète à 3 heures. Rupture spontanée de la poche des eaux. Période d'expulsion traîne en longueur ; les bruits du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers. L'enfant rend son méconium.

Application du forceps en DA. Légère déchirure du périnée. La tête n'avait donc pas accompli son mouvement de rotation et l'occiput était dans le diamètre oblique droit. La durée de l'expulsion fut de 3 heures. Délivrance normale. Le cordon mesure 35 centimètres.

OBSERVATION XLV

Observation de la Maternité de Lariboisière.
Service de M. Bonnaire. Année 1902. N° 90.

Application de forceps pour défaut de rotation dans l'excavation. — Délivrance naturelle et complète. — Cordon long de 25 centimètres. Durée du travail : 33 h. 55.

Joséphine E..., 29 ans, ménagère, primipare.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Ses antécédents personnels et physiologiques sont bons ; elle n'a jamais été malade.

Grossesse actuelle. — Dernières règles datent du 24 au 26 mars. Elle ne se rappelle pas l'apparition des mouvements actifs du fœtus. La grossesse a évolué normalement. Ses urines n'ont pas présenté d'albumine.

A l'examen, on constate un œdème du périnée et de la vulve très marqué et beaucoup moins accentué au niveau des jambes. Elle a des varices à la cuisse gauche. L'enfant se présente en OIDP et les bruits du cœur sont bons.

Le 17 janvier, à 6 heures du soir, apparurent les premières douleurs ; la dilatation fut complète le 18 janvier à 6 heures du soir. Les membranes furent rompues en ville par une sage-femme. La tête est à la partie inférieure de l'excavation, et malgré les efforts d'expulsion soutenus, la rotation ne s'effectue pas.

Le 19 janvier, à 3 h. 55, on fait une application de forceps ;

le périnée très œdématié cède avant que la rotation de la tête ne soit effectuée. On extrait un enfant vivant du sexe féminin, pesant 3.300 grammes. La femme perd assez abondamment. La délivrance se fit immédiatement après l'expulsion du fœtus. Le cordon mesurait 25 centim. La durée totale du travail a été de 33 heures. Suites de couches légèrement pathologiques.

CHAPITRE IV

Nature de la brièveté du cordon ombilical.

La négation de tout diagnostic possible dans le cas de brièveté du cordon, se rapporte surtout à *la variété naturelle*. Il n'existe pas en effet de symptôme la caractérisant nettement, sauf toutefois la sensation de tension du cordon à un toucher manuel.

La lenteur du travail, l'absence de douleurs expulsives pendant une grande partie de l'engagement, puis le réveil de celles-ci et la terminaison brusque souvent avec hémorragie par déchirure du cordon ou décollement du placenta ne sont nullement caractéristiques de la brièveté naturelle et peuvent aussi bien se rattacher à la brièveté acquise. Les auteurs ont encore signalé la rétention du fœtus contre les parties génitales externes, mais à cette période de l'accouchement, le diagnostic est ordinairement facile à poser. Devilliers a insisté sur les mouvements désordonnés du fœtus apparaissant progressivement ;

ce symptôme est plutôt théorique que nettement décelable.

Enfin tendance à la production d'hémorragies par décollement du placenta, et à l'inversion utérine, tels sont d'autres caractères se rapportant à la brièveté naturelle, mais pouvant être déterminés par des circulaires.

La brièveté acquise est plus aisément décelable, bien que d'un diagnostic délicat parfois.

Pendant la grossesse. — Une paroi abdominale peu épaisse, une irritabilité musculaire peu accentuée, ont permis à Charrier, à Winckel, Demelin, Leray, de sentir sur une région fœtale, le dos en particulier, une bosselure demi-circulaire, oblique, de la grosseur d'un doigt dans un espace de dix à douze centimètres et que l'on sent battre 130 ou 140 fois à la minute.

Le toucher vaginal ne fournit guère de renseignements.

Haake a préconisé *le toucher rectal profond* comme procédé d'exploration qui lui a donné de bons résultats.

L'auscultation peut fournir des données plus précises bien que leur valeur soit contestée.

Kennedy le premier en 1830 a décrit à l'auscultation ce qu'il appelle le *son ombilical* et qu'il rattachait à la brièveté relative. Devilliers a repris ce signe qu'il dénomma souffle ombilical et Charrier en fit une étude complète.

Les conclusions de cet auteur méritent d'être rapportées :

1° Le souffle ombilical est un signe presque certain de brièveté accidentelle et de longueur réelle du cordon ombilical ;

2° Il peut être intermittent ;

3° Il peut être permanent ;

4° L'asphyxie lente du fœtus est certaine et est constatée par d'autres symptômes :

a) *Rapidité des battements du cœur fœtal ;*

b) *Rapidité des battements du cordon ;*

c) *Mouvements désordonnés du fœtus.*

Le professeur Depaul a nié la valeur de ce signe, et Winckel l'ayant observé 27 fois sur 300 femmes examinées, n'a constaté que six fois des circulaires à l'expulsion.

C'est donc là un signe de présomption et non de certitude.

OBSERVATION XLVI

(Fraukenhaüser, *Monatschr.*, T. XV, p. 354).

Dans un cas, une primipare mit au monde, après 12 heures de douleurs, une petite fille de 6 livres 1/2, morte pendant le travail. On avait entendu plusieurs fois le souffle fœtal, et l'on constata, à l'autopsie, un cordon maigre, lâchement enroulé deux fois autour du cou. Apoplexie cérébrale, ecchy-

mose de la plèvre et du cœur, méconium dans les voies respiratoires, œdème autour des vaisseaux ombilicaux.

OBSERVATION XLVII

Une autre primipare de 23 ans 1/2 accouche, après 9 heures de travail, d'un enfant d'environ 6 livres qui présente deux circulaires serrés autour du cou. Asphyxie et mort de l'enfant. On avait constaté le souffle fœtal et l'on reconnut que l'enfant avait respiré trop tôt, les voies respiratoires étaient chargées de méconium.

OBSERVATION XLVIII

Une femme de 28 ans, à sa dernière couche, présente, après six heures de travail, un ralentissement des contractions utérines. On entend le souffle fœtal jusqu'au moment de la rupture de l'amnios ; pouls fœtal, 138. La tête reste engagée pendant 3 heures ; au bout de ce temps, on constate que les bruits du cœur ont complètement cessé. A l'aide du forceps, on retire un enfant mort ayant deux circulaires du cordon autour du cou (le cordon mesure 26 pouces).

OBSERVATION XLIX

Une femme de 26 ans, à sa deuxième grossesse, ressent les premières douleurs le 17 janvier 1859. Le lendemain,

à 3 heures du matin, on perçoit le bruit fœtal et l'accouchement se termine à midi. L'enfant se présente en première position crânienne, il respire peu de temps après. Le cordon ombilical est très mince ; il a 25 pouces de longueur et fait un tour autour du cou. Léger œdème du scrotum qui disparaît le lendemain.

OBSERVATION L

Une primipare de 22 ans se fait admettre le 27 janvier 1859.

Le 8 mars. — On constate les bruits du cœur accompagnés du souffle fœtal. Les douleurs commencent le 21 mars à une heure de l'après-midi et deviennent plus intenses vers quatre heures. A 6 heures et demie les eaux partent, à 8 heures la tête se dégage en première position crânienne. Le cordon a 25 pouces de long, s'enroule autour du cou et est très mince. Aucune anomalie chez l'enfant sauf un œdème assez considérable du scrotum.

Pendant le travail, le souffle fœtal et la sensation de la tige funiculaire sont parfois d'une netteté suffisante, pour faire entrevoir à l'accoucheur une brièveté relative du cordon. Mais c'est surtout dans cette variété de brièveté que l'on constatera ce mouvement de « cache-cache » de la tête fœtale qui, nous l'avons montré, peut avoir une signification dans des conditions précises. En outre, l'enfant est particulièrement atteint d'un état de souffrance assez marqué ; par-

fois même la mort, comme nous en citons d'assez nombreux exemples, est la conséquence des circulaires du cordon. Une intervention urgente est donc souvent indiquée, et que l'on applique le forceps ou que l'on se décide pour une version, très souvent l'on percevra autour de la région cervicale, voire même du tronc ou des membres de l'enfant, des circulaires intimement accolés aux parties molles.

En somme, la *brièveté naturelle* du cordon ombilical est d'une recherche toujours malaisée, pour ne pas dire impossible, tandis que la *brièveté relative* sera plus aisément décelée en se basant sur la coexistence possible du souffle fœtal, de la sensation du cordon funiculaire, qui viendront corroborer pendant le travail les signes déjà indiqués. Le véritable symptôme pathognomonique est constitué par la sensation au toucher du cordon ombilical enroulé, de même que dans la brièveté congénitale la tension du cordon constatée lors du travail ou de l'accouchement permet ordinairement de faire le diagnostic.

CHAPITRE V

Symptômes se rattachant aux différentes variétés de présentation.

Dans les chapitres précédents nous avons essayé de répondre aux questions suivantes : Y a-t-il brièveté du cordon, par quels accidents cette anomalie peut-elle se manifester cliniquement, sur quels signes peut-on se fonder pour reconnaître la brièveté naturelle et la brièveté relative. Les différents points examinés se rapportaient essentiellement à la présentation du sommet. Compagnon a montré le peu de relation qui existe entre les présentations vicieuses et la brièveté du cordon ombilical. Il nous semble néanmoins utile de décrire les points essentiels qui relient la brièveté du cordon aux différentes variétés de présentation.

Les symptômes propres à chacune des présentations du fœtus sont fort mal déterminés, et à quelques

exceptions près, ils peuvent se rattacher à ceux que nous avons énumérés.

Face. — Dans la présentation de la face, qui est exceptionnelle, si le fœtus est petit, l'accouchement peut s'effectuer normalement, mais un fœtus bien développé, voire même volumineux, peut déterminer une cause de dystocie. La brièveté du cordon, en effet, peut mettre obstacle au mouvement de rotation indispensable pour que l'accouchement se produise. Le menton est maintenu en arrière si c'est une variété de position postérieure et une intervention est nécessaire pour terminer l'accouchement. Ajoutons que le cordon peut être comprimé par la nuque fortement défléchie et que des accidents graves du côté du fœtus peuvent s'en suivre.

En somme, difficulté de la rotation, grand danger pour le fœtus, tels sont les seuls points particuliers de la présentation de la face.

Siège. — Cette présentation est plus fréquente :

On a signalé, des douleurs prématurées, l'élévation du fond de l'utérus, une tension particulière des parois utérines et des mouvements désordonnés du fœtus.

Le souffle fœtal est souvent constaté.

L'engagement peut s'effectuer ordinairement d'une façon normale, mais arrivé dans l'excavation, la progression du fœtus est pénible et l'inertie utérine peut en être la conséquence.

Les hémorragies sont fréquentes au moment de l'expulsion, le cordon présente une tension considé-

nable, sa rupture peut être favorisée par la situation du fœtus qui peut être à cheval sur son cordon.

L'état de souffrance de l'enfant est habituel dans la présentation du siège, et on y attachera une importance diagnostique toute relative.

Le dégagement du tronc est difficile et il est impossible de tirer au dehors le cordon pour lui faire une anse, ce qui favorise les accidents; en outre si le fœtus est à cheval sur son cordon, il y a compression et souvent rupture du funicule.

Cazeaux dit que les fesses venues à la vulve par les contractions, se relèvent du côté où se trouve situé le cordon, puis le tronc descend en s'infléchissant sur lui-même de façon qu'au moment où la tête arrive dans l'excavation, le corps du fœtus forme une courbe dont la concavité répond à peu près à la symphyse.

Le fœtus naît habituellement en état de mort apparente, et souvent malgré tous les efforts, on ne réussit pas à ramener à la vie les enfants qui ont à pâtir, non seulement d'une présentation du siège, mais encore de la brièveté du cordon qui la compliquait.

Les observations XXIV et XXV du *Recueil de Mémoires et d'observations* de Devilliers, en sont de frappants exemples.

Des exceptions sont possibles et nous citons un cas bien net où avec une présentation du siège l'accouchement s'est produit normalement.

OBSERVATION LI (résumée).

D'un enfant qui présentait l'anus. — Tiraillements et rupture du cordon pendant l'extraction (PORTAL, in Dupouy. Thèse de Paris, 1885-86, no 64).

Présentation du siège, issue du méconium. « L'ombilic de l'enfant, qui se trouvait être court, se rompit à quatre travers de doigts du ventre de l'enfant ». Compression de l'ombilic ; extraction rapide de l'enfant. Ligature du bout du cordon restant. Puis on tire sur le bout placentaire ; mais alors, on reconnaît une grossesse gémellaire. Deux autres enfants sont successivement extraits, le dernier étant le plus gros. Ensuite les trois placentas sont retirés adhérents ensemble.

OBSERVATION LII

Extraction. — Fœtus à cheval sur le cordon. — Section de celui-ci. (CHANTREUIL, thèse d'Agrégation, 1875, page 98).

L'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne ; une anse du cordon s'était engagée entre les cuisses, de telle sorte que l'enfant était comme à cheval sur ce cordon fortement tendu et comprimé. M. Depaul s'est hâté, dès qu'il s'est aperçu de cette disposition anormale, de couper le cordon. L'accouchement a été du reste assez facile et s'est terminé assez rapidement après quelques douleurs aidées par quelques tractions.

OBSERVATION LIII

Siège décompté mode des fesses. — Expulsion spontanée d'un garçon vivant à terme pesant 3,280 grammes. — La longueur du cordon est de 25 centimètres.

Observation de la Maternité de Lariboisière. Service de
M. BONNAIRE, 1903. N° 1489.

B...Jeanne, 19 ans, primipare.

Le début du travail a lieu le 13 décembre à minuit

Le 14 décembre, à 9 heures du matin, la femme entre à la salle de travail, la dilatation étant complète. Les membranes se sont rompues spontanément d'une manière précoce le 13 décembre, à minuit. Le 14 décembre, à 9 heures 50 du matin, on procède à l'extraction du siège qui se fait normalement. Pas d'hémorragie ni avant ni après l'expulsion.

Délivrance spontanée 40 minutes après l'accouchement.

Durée du travail 9 heures 50.

Enfant du sexe masculin pesant 3,280 grammes. Le placenta pèse 620 grammes ; le cordon mesure 25 centimètres.

Cette observation vient corroborer les quelques considérations que nous avons esquissées dès le début de cette étude en ce qui concerne la limite fixée par certains accoucheurs au cordon ombilical pour que l'accouchement soit possible. Nous relevons en effet dans ce cas, malgré un cordon de 25 centimètres, une durée de travail de 9 heures 50 avec un enfant pesant 3280 grammes, sans aucun accident.

Epaules. — Les symptômes de cette présentation se ramènent à ceux que l'on décrit pour la présentation du siège, l'évolution spontanée est impossible et une intervention est nécessaire pour terminer l'accouchement, c'est à la version par manœuvres internes que l'on aura recours.

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel de la brièveté du cordon ombilical.

L'étude des symptômes, la détermination de leur valeur séméiologique, nous a montré qu'il n'y avait pas de signe vraiment pathognomonique de la brièveté du cordon ombilical ; sauf la tension du cordon et la constatation manuelle des circulaires.

Les différents signes énumérés peuvent simuler telle anomalie dont il est bon de les différencier.

I. — Pendant la grossesse.

Les symptômes fonctionnels sont d'un caractère trop diffus pour que nous nous attardions à établir un diagnostic.

Des signes physiques énumérés nous insistons surtout sur le non engagement de la tête fœtale et sa conséquence naturelle : la persistance de l'élévation du fond de l'utérus, sur la rénitence utérine, sur

le rapport encore admis des vices de présentation et de la brièveté du cordon, enfin et surtout sur la difficulté d'effectuer la version par manœuvres externes. Le peu de mobilité du fœtus devra être rapidement examiné, ainsi que le souffle funiculaire.

Non engagement de la tête fœtale. — Nombre d'affections peuvent s'accompagner de ce même phénomène.

Les viciations pelviennes, et surtout le bassin rachitique, seront reconnus par un examen externe de la femme et surtout par le toucher bi-digital qui permettra de constater si le promontoire est accessible et si le diamètre promonto sous-pubien s'oppose à l'engagement de la tête fœtale.

L'hydramnios se caractérise par le développement excessif de l'utérus, la fluctuation et la sensation de ballottement.

Le palper mensurateur, ou mieux les mensurations à l'aide des céphalomètres de Budin ou de Perret, permettront d'apprécier le volume d'une tête trop grosse, quelle qu'en soit la nature.

La grossesse gémellaire sera diagnostiquée lorsqu'on aura pu sentir, au palper, trois pôles fœtaux ou deux plans dorsaux. Parfois le diagnostic restera incertain.

Les tumeurs pelviennes mettent souvent un obstacle à l'engagement. Une exploration bimanuelle (palper et toucher combinés) permettra de sentir une tumeur indépendante de l'utérus, fluctuante si c'est un kyste de l'ovaire, une tumeur molle adhé-

rente à l'utérus, que l'on percevra surtout très bien pendant la contraction utérine s'il s'agit d'un fibrome.

Nous n'insistons pas sur la multiparité, les présentations vicieuses, l'obliquité utérine, aisément décelables, ni sur le placenta prævia qui gêne très souvent l'accès de la tête dans l'excavation.

Enfin l'on conçoit la difficulté du diagnostic lorsqu'il existe, comme des observations le signalent, une brièveté du cordon associée à une des nombreuses causes ci-dessus mentionnées du non engagement de la tête.

Rénitence utérine.— La rénitence utérine est déterminée par tout ce qui entraîne une ampliation de la cavité utérine; en particulier l'hydramnios et le gros œuf dont nous avons esquissé les caractères distinctifs, et certaines hémorragies utérines.

Positions vicieuses. — Les positions vicieuses sont considérées par quelques auteurs comme un résultat fréquent de la brièveté du cordon.

Avant d'établir entre ces deux anomalies une relation, on doit s'assurer si la présentation vicieuse ne ressort pas d'un développement anormal de la tête, par exemple l'hydrocéphalie.

On vérifiera s'il n'existe point de conformation vicieuse du bassin ni de malformations utérines.

Enfin il sera bon d'examiner soigneusement le segment inférieur pour savoir s'il n'y a point de tumeur ou si un placenta inséré bas n'est pas reconnaissable à une sensation de masse molle, pâteuse, située dans les régions utérines voisines du col. Les

hémorragies transitoires et à répétition, la rupture précoce de la poche des eaux, permettront de mieux affirmer ce dernier diagnostic.

L'hydramnios se reconnaîtra par la fluctuation et le ballottement, la multiparité, l'obliquité utérine, un fœtus petit, seront vite reconnus.

Version par manœuvres externes. — Si la brièveté du cordon est un des principaux obstacles à la version, cette opération peut être rendue difficile, parfois impossible par la contracture de l'utérus, la petite quantité de liquide amniotique (oligamnios) et le peu de mobilité du fœtus.

Nous ne revenons pas sur la grossesse gémellaire, les tumeurs, le placenta prævia, qui pourront, mais plus rarement, empêcher la tête fœtale de se mettre en rapport avec l'aire du détroit supérieur.

Peu de mobilité du fœtus. — Le peu de mobilité du fœtus, qui est la conséquence de la brièveté du cordon, peut encore tenir à différentes causes : l'oligamnios, un léger engagement de la partie fœtale, les présentations de l'épaule résultant d'une malformation utérine, la présentation du siège chez les primipares, la présence de quelque tumeur pelvienne ou abdomino-pelvienne, tels sont les différents points sur lesquels on devra diriger ses investigations avant de conclure à la cause du peu de mobilité.

Souffle ombilical. — Le souffle ombilical est un symptôme de présomption qui mérite d'être différencié, avec cette restriction que s'il se produit lorsqu'il y a brièveté accidentelle du cordon, il peut très

bien exister sans cette anomalie. Le professeur Depaul a constaté des pulsations sans souffle (son ombilical de Kennedy), isochrones aux doubles pulsations fœtales. « Aucun souffle ne les accompagnait et rarement elles coïncidaient avec un entortillement du cordon ». Depaul en place le siège dans les artères ombilicales comprimées quand la tige vasculaire qui unit le fœtus au placenta se trouve placée au-devant dans la région du fœtus qui correspond au point de l'utérus qu'on explore. Il semble naturel d'admettre que dans ce cas la pression exercée par le stéthoscope n'est pas étrangère à la production du phénomène.

Le souffle ombilical doit cependant être différencié du souffle utérin et des pulsations du cœur fœtal.

Le souffle utérin est synchrone aux pulsations cardiaques de la mère, il se déplace et fuit pour ainsi dire sous le stéthoscope ; il est à tel point superficiel qu'il semble provenir des parois abdominales, ainsi que l'a montré Jacquemier.

Les pulsations du cœur fœtal peuvent rendre le diagnostic fort hésitant. Cependant la constance à peu près générale du maximum de leur intensité en des points précis suivant la position du fœtus, peut permettre d'entrevoir leur origine.

Nous ne faisons qu'énumérer certaines causes d'erreur signalées par Devilliers : la confusion entre le souffle ombilical et les pulsations aortiques de la mère, la répercussion des pulsations cardiaques maternelles au niveau de l'organe utérin, le bruit

déterminé par les mouvements du fœtus dans la cavité utérine.

II. — *Pendant le travail.*

Les symptômes fonctionnels, comme pendant la grossesse, sont très diffus ; un seul, la douleur localisée au point d'insertion placentaire, offre une netteté suffisante, lorsqu'il existe, pour mériter quelque considération.

Les signes physiques ne donnent que des probabilités sur l'existence d'une brièveté du cordon, et il faut recourir à un toucher digital profond ou manuel pour pouvoir l'affirmer.

Néanmoins la lenteur du travail, la constatation d'un mouvement de descente et de retrait de la présentation fœtale, l'impossibilité d'effectuer la version par manœuvres internes sont des signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic et comme tels nous ne saurions les passer sous silence.

Si le tronc est arrêté dans les organes génitaux lorsque la tête est déjà expulsée, le diagnostic est à cette période suffisamment aisé pour qu'il soit utile de beaucoup y insister.

Douleur fixe. — La douleur fixe au niveau de l'insertion placentaire est déterminée par la traction du cordon pendant la contraction utérine. Elle coexiste souvent avec le mouvement de descente et

de retrait de la présentation fœtale et sur lequel nous aurons à revenir.

La confusion avec la douleur due à la contraction utérine peut fort bien se produire, et même il n'est pas exceptionnel que la douleur généralisée masque la douleur locale.

Mais la douleur placentaire peut également se produire dans l'intervalle des contractions et il n'est pas indifférent de ne point la confondre avec une salpingite, une ovarite, une salpingo-ovarite, une appendicite, etc.....

La constatation des symptômes particuliers à ces affections ne tiendra pas longtemps le diagnostic en suspens.

Nous n'avons pas à insister sur la série d'affections douloureuses débutant brusquement, localisées dans la cavité abdomino-pelvienne et en tête desquelles on doit placer les différentes coliques.

Lenteur du travail. — La lenteur du travail peut tenir, soit à une structure particulière du muscle utérin, soit à une faiblesse d'innervation, et se constate chez certaines femmes prédisposées.

Mais ce sont surtout les causes qui mettent un obstacle à l'engagement ou à la descente de la présentation qui sont les plus importantes à examiner.

Nous avons déjà indiqué les anomalies qui pouvaient retenir la présentation au-dessus *du détroit supérieur*.

Dans l'excavation, les viciations pelviennes, et surtout le bassin cyphotique sera reconnu à la dimi-

nution de la distance coccy-sous-pubienne et bischiatique.

Le toucher combiné au palper abdominal permettront de constater la présence de tumeurs.

Le segment inférieur sera particulièrement exploré, et l'on vérifiera si quelque fibrome n'oppose pas un obstacle à la descente de la présentation.

L'utérus peut se contracturer, voire même se rétracter après la rupture des membranes, et l'on sait quelle cause de dystocie détermine la rétraction partielle de l'utérus, à l'anneau de Bandl le plus souvent.

Nous n'avons pas à examiner les différentes modalités de la rétraction de cette sangle musculaire : on la reconnaît à l'arrêt dans la marche de l'accouchement, à la constatation au toucher d'une bande musculaire appliquée sur une portion du fœtus, et à l'aspect particulier de l'utérus qui prend la forme d'un sablier.

Dans certains cas le plancher périnéal, et surtout le muscle releveur de l'anus, opposera une résistance considérable qu'il sera bon de vérifier.

Il y parfois une très grande difficulté à faire le diagnostic entre la brièveté du cordon et les nombreuses malformations fœtales capables de maintenir l'enfant élevé dans la filière pelvienne. Si dans de telles conditions, malgré les contractions utérines, avec un bassin normal, sans obstacle maternel, le fœtus s'arrête dans sa descente et ne progresse plus, on peut songer tantôt à un volume excessif des épaules, tantôt à une tumeur volumi-

neuse de l'abdomen fœtal, toutes causes qui gênent d'une façon complète la descente de l'enfant. Comment faire le diagnostic ?

Quelquefois à côté de ces signes, la douleur placentaire, la dépression en cupule du fond de l'utérus, viendront éclairer la situation ; dans un grand nombre de cas nous resterons dans le doute et c'est alors qu'un toucher profond devient absolument nécessaire pour nous permettre de nous faire une opinion ferme et de juger de la conduite à tenir.

Les malformations utérines seront aussi souvent une cause de dystocie, on devra les rechercher par une exploration attentive.

Enfin la dilatation du col fait parfois défaut dans les cas de brièveté du cordon malgré les contractions utérines, mais le col est souvent dilatable et ce caractère permettra d'éliminer l'absence de dilatation du col par rigidité.

Mouvement de descente et de retrait. — Le mouvement de progression de la tête fœtale pendant la contraction utérine, suivi d'un retrait après la contraction, n'est pas dû uniquement à la brièveté du cordon. Il lui est attribuable surtout quand, il est accompagné d'une douleur placentaire.

Il ne faut pas oublier que la poche des eaux qui bombe à chaque contraction peut simuler ce mouvement.

Si le tronc est arrêté au détroit supérieur par le volume exagéré du diamètre bi-acromial, la tête subit sous l'influence des contractions ce mouve-

ment de descente et de retrait alternatifs : la main introduite dans les organes génitaux permet de reconnaître la cause de la dystocie. Successivement, alors, il suffit de dégager les épaules suivant le procédé de Jacquemier pour reconnaître la cause de l'arrêt.

L'allongement d'une tête volumineuse et molle, sous l'influence de fortes contractions, suivi d'un retour à l'état primitif après la contraction, peut faire croire à un mouvement total de la tête et tenir le diagnostic en suspens.

Au niveau du plancher périnéal l'élasticité du périnée et des grandes lèvres chez les primipares est souvent la cause de la descente puis du retrait de la tête fœtale. Mais si ce mouvement a été constaté avant que la tête ne soit en rapport avec les parties molles, d'autre part si le retrait est brusque et élève parfois la tête jusqu'au détroit supérieur on est en droit de l'attribuer à la brièveté du cordon.

Pour affirmer ce diagnostic on s'est basé sur un signe considéré par certains comme pathognomonique et qui consiste en un jet intermittent d'urine chez la femme à chaque mouvement ascensionnel de la tête.

Version par manœuvres internes. — La brièveté du cordon rend la version par manœuvres internes souvent très difficile, parfois impossible.

Si l'évolution du fœtus est gênée, il faudra avant d'affirmer le rôle dystocique du funicule, vérifier si la rétractilité utérine, les malformations congénitales

du fœtus ou de l'utérus, les tumeurs utérines ou péri-utérines n'interviennent point.

Si l'extraction est rendue difficile on devra s'assurer si le relèvement des bras ou une contracture de l'anneau de Bandl et du col n'arrêtent point l'expulsion du fœtus.

CHAPITRE VII

Diagnostic des complications.

Il ne convient point, dans le sujet que nous traitons, de nous appesantir sur tous les accidents qui peuvent surgir comme conséquence de la brièveté du cordon ; ce serait l'obligation, dans ce chapitre de diagnostic, de passer en revue la majeure partie de la dystocie obstétricale.

Cependant, si dans le cours de la grossesse, ou du travail, une des nombreuses complications inhérentes à un cordon court, est constatée, il nous semble utile d'essayer de déterminer, aussi sommairement que possible, dans quelle mesure la brièveté du cordon a contribué à l'apparition des symptômes observés.

Hémorragies. — Pendant la grossesse une abondante hémorragie survient-elle ? L'insertion basse du placenta se présente à l'esprit : s'il est possible de sentir par le toucher, au niveau du segment inférieur de l'utérus, une masse molle, pâteuse, empiétant un peu sur le col, le diagnostic paraît assez

précis, mais ordinairement il faudra attendre l'apparition de nouvelles hémorragies, la rupture précoce de la poche des eaux, et parfois même l'expulsion du délivre, pour rattacher ces hémorragies à leur véritable cause.

Les hémorragies dues à la rupture du sinus circulaire sont plus fréquentes que ne l'admettent certains auteurs ; le diagnostic dans ce cas ne pourra être fait qu'après la délivrance par un examen très attentif du sinus.

La rupture de varices vulvo-vaginales sera aisément reconnue.

Ces causes les plus banales d'hémorragies de la grossesse étant éliminées on devra donc songer au décollement du placenta normalement inséré. Nous ne saurions reprendre tous les symptômes caractérisant cet accident, il est plus intéressant de le rattacher à sa cause.

Le décollement du placenta normalement inséré est essentiellement déterminé par les endométrites et les traumatismes : dans ce dernier cas, une place assez large doit être faite aux tiraillements par brièveté du cordon. La recherche des signes de cette anomalie s'impose, leur constatation permet d'affirmer l'hémorragie due au décollement du placenta par brièveté du cordon ombilical.

Pendant le travail, une hémorragie survient-elle ? A côté des affections ci-dessus signalées on peut croire à une rupture de l'utérus ; la couleur noirâ-

tre du sang et les signes de cet accident permettront de faire le diagnostic.

Nous ne faisons que signaler les hémorragies si fréquentes pendant l'accouchement, dues à la distension des parties molles.

Ces différentes causes étant éliminées, il restera à bien rechercher si le sang ne provient point du décollement du placenta ou de la rupture du cordon ombilical. Nous ne saurions, sans nous exposer à des redites, revenir sur les caractères distinctifs de ces deux accidents. Le plus souvent on sera indécis sur leur cause véritable, et lors de l'expulsion du fœtus on constatera, soit des circulaires du cordon, soit une brièveté naturelle.

Inversion utérine. — Pendant l'accouchement la dépression du fond de l'utérus en forme de cupule ne permettra pas d'hésiter sur le diagnostic d'inversion utérine. Mais c'est la cause de cette inversion qu'il faudra bien rechercher. La brièveté du cordon seule peut déterminer cette dépression, qui apparaissant pendant la contraction utérine, disparaît aussitôt après.

Etat de souffrance ou mort de l'enfant. — Pendant la grossesse il est absolument impossible de rattacher la mort de l'enfant à la brièveté du cordon sauf dans les cas exceptionnels où l'on a été assez heureux pour reconnaître le décollement du placenta normalement inséré.

Cependant si quelques symptômes de la brièveté du cordon ont été constatés on peut entrevoir la cause

de la mort sans avoir jamais de certitude complète. C'est lors de l'expulsion seulement comme l'indiquent les différentes observations rapportées que la constatation de circulaires à tel point serrés qu'ils ont laissé des marques indélébiles, permettra de rattacher la mort à savéritable cause et d'éliminer l'albuminurie, la syphilis, le placenta prævia, etc., auxquels on était en droit de songer tout d'abord.

Pendant le travail il est indispensable d'ausculter très souvent le cœur du fœtus et si l'on constate les signes de souffrance de l'enfant on ne pourra les rattacher à la brièveté du cordon que si les signes qui caractérisent cette anomalie, ont été observés.

Parfois, les cas en sont assez nombreux, sans symptôme préalable on constate une modification dans le rythme cardiaque fœtale et l'expulsion de méconium. L'absence de troubles fonctionnels chez la mère entraîne la nécessité d'une exploration des organes génitaux. On procède au toucher, et l'accoucheurs attend habituellement à rencontrer dans le vagin une anse procidente du cordon. Cette cause de souffrance de l'enfant n'existant pas, une investigation plus profonde s'impose, et il n'est pas exceptionnel de constater soit des circulaires, soit un cordon fortement tendu : l'on conçoit l'intérêt thérapeutique que ce diagnostic comporte :

CHAPITRE VIII

Conclusions.

I. Il existe deux variétés de brièveté du cordon : la variété naturelle due à une anomalie de développement et la variété acquise tenant surtout aux circulaires.

Les nœuds du cordon ombilical sont insuffisants pour gêner l'accouchement, et ils n'ont aucune influence sur la vitalité du fœtus.

II. Il n'existe pas de limite minima du cordon ombilical, pour que l'accouchement soit possible.

III. Le diagnostic est très difficile pendant la grossesse, il devient plus aisé pendant le travail. Pour l'affirmer, on ne craindra pas d'avoir recours au toucher manuel qui permettra de sentir, soit une tension du cordon ombilical, soit des circulaires.

IV. Les complications sont rares pendant la grossesse, la rupture du cordon ou le décollement du placenta peuvent cependant se produire. Pendant le

travail les hémorragies sont assez fréquentes, le placenta suit parfois l'expulsion du fœtus. Le cordon peut se rompre au moment du dégagement.

V. Il n'est pas de symptômes pathognomoniques de la brièveté du cordon ombilical ; les signes décrits peuvent se rapporter à d'autres affections dont il faut les différencier.

C'est sur un ensemble de symptômes qu'on sera en droit d'affirmer la brièveté du cordon ombilical.

Vu le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDEBERT. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré par brièveté du cordon ombilical. Arch. Med. de Toulouse, 1901, III, p. 77-85.
- BAUDELLOCQUE. — Traité de l'Art des Accouchements. Paris, 1822.
- BONTEMPS DE SAUMUR. — Obs. sur un cas de rupture spontanée du Cord. omb. Ann. d'hyg. pub. XIX, 1888.
- BRINDEAU. — Bulletin Soc. obst. Paris, 1902, décembre.
- BUDIN. — Archives de Tocologie, 1899, p. 69.
- BURTON. — Système complet de l'Art des Accouch. théor. et prat., traduit par Le Moine. Paris, 1771-1773.
- CASTETS. — Thèse Paris, 1893.
- CAZEAUX. — Traité de l'Art des Accouchements, 8^e édit. Paris, 1870.
- CHARRIER. — Du souffle ombilical, de sa séméiologie et des moyens de remédier aux accidents qui l'accompagnent. Gaz. Hôp., 4 avril 1867.
- CHANTREUIL. — Des dispositions du cordon ombilical. Thèse Agrégation, 1875.
- CHARPENTIER. — Traité d'Accouchements. Paris, 1883.
- COMPAGNON. — Cordon omb. au point de vue de sa longueur. Thèse Paris, 1879.

- DEPAUL. — Traité d'auscult. Paris, 1847.
- DEVILLIERS. — Recueil d'obs. et mém. sur l'accouch. et maladies des femmes. Paris, 1862.
- DEMEAUX. — Note sur la brièveté du cordon ombilical comme cause de présentations vicieuses. Journal des connaissances méd. et pharmac., 1861.
- DUPOUY. — Rupture complète du cordon pendant l'accouchement. Thèse Paris, 1885.
- DUPUY. — Gazette obstétricale, 1877.
- FELKIN. — Two cases of labour complication by shortness of the cord. Edimb. M. J. 1887. XXXIII, p. 231.
- FOURNIER. — Brièveté du cord. omb. Thèse Paris, 1867.
- FRANKENHAUSEN. — Du souffle fœtal, de la compression du cordon et du cerveau, cité dans Monatsch. LXV, p. 354.
- GAUTIER. — Br. extrême du C. omb. Revue méd. de la Suisse. Genève 1888, VIII, 212-215.
- GARDIEN. — Traité complet d'Accouchements.
- GRYNFELT. — Quelques réflexions sur version ext. Montpellier, 1882.
- GUÉRIN-VALMALE. — Version podalique. Thèse Montpellier, 1897.
- GUESDE. — Nœuds du cordon. Thèse Paris, 1881.
- GUILLEMOT. — De la brièveté du cordon ombilical. Thèse Paris, 1834.
- GUILLEMOT. — Gazette hebdomadaire universelle.
- HAAKE. — Monatschrift für Geburtsk, t. XXVII.
- HAMON de FRESNAY. — Brièveté du cordon ombilical (Courrier médical. Paris 1881. XXXI, p. 122-124.

- HARVEY. — A shortened cord complicating labor. *Med. Rev.*
N. Y. 1886, p. 376.
- HIRTZ. — Mém. sur brièveté du cordon ombilical présenté
à l'Académie royale de méd. le 12 décembre 1843.
Extrait de la *Gaz. médicale de Paris*, 1845.
- HOURLIER. — De la mort du fœtus dans les derniers mois de
la grossesse avant le travail. Thèse Paris, 1880.
- JACQUEMIER. — Traité d'accouchements, Paris, 1846.
- JOERG. — Handb. der geb. Leipzig, 1388.
- JOULIN. — Traité d'accouchements.
- JOY. — Brièveté du Cordon. Effacement du col et rétrocession
du travail. Thèse Paris, 1894-1895.
- KALS. — A case obstructed labor caused by an artificially
shortened funis. *Ann. J. obst.* N. Y. 1886. XIX.
p. 12-45.
- LACHAPELLE (M^{me}). — *Pratiqu. des accouchements*, t. III,
9^e mémoire.
- LAMARE. — De la ténacité et de la Rupt. du C. O. Thèse
Paris, 1888.
- LA MOTTE. — Traité complet d'accouchements. Paris, 1781.
- LEFOUR. — *Archives de Tocologie*. Paris 1888, XV, p. 524-
547. *Bull. Ac. de médecine*, 4 juillet 1893.
- LEHMAN. — Thèse Paris, 1898.
- LEHMANN. — *Bull. de la Société d'Obst. de Paris*, déc.
1901.
- LEROUX. — Obs. sur les pertes de sang.
- LEVRET. — *Art des accouchements*, 1761.
- LEVY. — Liquid. amniotiq. coloré en vert pend. le travail.
Thèse Paris 1893.

- MAURICEAU. — Mal. des femmes grosses et celles qui sont accouchées, 6^e édit. Paris 1721, t. II.
- MALGOUYRÉ. — Hist. de la méd. pratique de Montpellier. T. II, 1805.
- MAYGRIER. — Traité des Accouchements, 1845.
- MAYGRIER ET CATHALA. — Bulletin de la Société d'Obstét. de Paris, déc. 1901.
- MONTAFOVA. — Contrib. à l'étude de la Rup. spontanée du cord. omb. et de l'accouch. précipit. Th. Nancy, 1900.
- MOREAU. — Traité pratique des accouch., 1845.
- NÆGELÉ. — Traité de l'Art des Accouch.
- OUI. — Note sur un cas de circul. du cord. omb.
— Bulletin Sociét. centr. med. du département du Nord. Lille, 1900.
- PEU. — Pratiq. des Accouch., livre II.
- PLESSMANN. — Med. puerperale.
- PUZOS. — Traité des Accouch., p. 101. Paris, 1759.
- RÖDERER. — Opuscula medica. Göttingue, 1763.
- ROUSSEAU-DUMARCET. — Thèse Paris.
- SANGER. — Archiv. fur Gynækol, 1879, T. XIX.
- SCANZONI. — Lehrburch der Geburst. Hülfe. Vienne, 1867.
- SEYDEL. — De la déchirure du cordon ombilical et des hémorragies consécutives (Vientelf. f. Gerichtl. med. XLVI, p. 297).
- SFAMENI. — Emorrhagia nel parto de Rottera di vasi ombilicali nella iniezione velamentosa del funicolo. Ann. ost. i. gen., n° 12, 1899. Milan.
- SPIEGELBERG. — Traité des Accouchements.

TARNIER. — Art. du Dict. de méd. et chirurg. pratiq. Paris, 1868.

TARNIER ET BUDIN. — Traité d'Accouchements.

VELPEAU. — Art des Accouchements. Paris, 1835.

WALDVOGEL (Mme). — Gaz. du D^r Verrier, 1872-73.

WIGAND. — Die geburt. der Menochen. Berlin, 1820.

WINCKEL. — Klin. Beobachtungen zur pathologie der geburt.